

Bibliothek
der
Technischen Hochschule

Ja

294

(Erg. Bd. 1, 7)
Braunschweig

UB Braunschweig

84



10086-605-0

8

3a-294
Erg. Bd. 1, 7

DIE PHARMAZIE

7. Beiheft | 1. Ergänzungsband

ÜBER DIE WISSENSCHAFTLICHEN GRUNDLAGEN DER HOMÖOPATHIE

VON

DOZENT DR. HEINZ SCHOELER



ARBEITSGEMEINSCHAFT MEDIZINISCHER VERLAGE GMBH

VERLAG DR. WERNER SAENGER / BERLIN SW 68

Inhalt

Vorwort	469
Arzneimittelprüfungen am gesunden Menschen	470
Homöopathische Arzneimittellehre	486
Experimenteller Beweis des Ähnlichkeitssatzes	487
Die Ähnlichkeitsregel	490
Zur Frage der Hochpotenzen	492
Homöopathie und Klinik	493
Literatur	507

Demnächst erscheinen folgende Beihefte:

Beiheft 8: **Dosis und Wirkung** von Prof. Dr. Hermann Druckrey und Prof. Dr. Karl Küpfmüller.

Die Dosis einer Arznei bestimmt die Stärke ihrer Wirkung. Deshalb stehen quantitative Probleme im Vordergrund der Pharmakologie. Diese Schrift unternimmt es, zum ersten Mal im medizinischen Schrifttum im großen Zusammenhang alle wichtigen Einzelvorgänge der Resorption, der Verteilung, der Entgiftung und der Ausscheidung von Pharmaka im menschlichen Organismus nach dem heutigen Stand der Wissenschaft mathematisch zu formulieren, um den Gesamtablauf des Geschehens im Körper errechnen zu können. Auf diese Weise werden auf mathematischer Grundlage klare Vorstellungen von den biologischen Vorgängen der Arzneiwirkung geschaffen, die für alle Kreise, welche sich mit Arzneimittelforschungen beschäftigen und ebenso für den praktisch tätigen Arzt von grundlegender Wichtigkeit sind. Die Resultate zeigen, daß es möglich ist, die komplizierten Vorgänge bei Resorption und Wirkung von Pharmaka im lebenden Körper durch Gesetze der physikalischen Chemie auszudrücken und auf diese Weise die sicherste und beste Wirkungsmöglichkeit eines Arzneimittels exakt festzustellen.

Beiheft 9: **Streptomycin** von Dr. H. Knöll.

Das Heft bietet eine kurze monographische Darstellung dieses wichtigen Arzneistoffes auf Grund der internationalen Literatur.

Alle Rechte vorbehalten. Verantwortlich für die Schriftleitung: Dr. Werner Saenger, Berlin; für den Verlag: Dr. Werner Saenger, Berlin; für den Anzeigenteil: Kurt Klimmer; Arbeitsgemeinschaft medizinischer Verlage, Berlin; Schriftleitung, Verlag und Anzeigenannahme: Berlin SW 68, Neue Grünstraße 18; Fernprecher 423097. Veröffentlicht unter Lizenz Nr. 346 der Sowjet. Militäradministration in Deutschland. G. N. 347.

Druck: (T 42) Buchdruckerei H. Haase, Leipzig-Taucha.

Printed in Germany.

Vorwort

In den vergangenen 10 Jahren, besonders in der Zeit von 1937/39, ist die Homöopathie in steigendem Maße zum Gegenstand wissenschaftlicher Diskussionen geworden. Die Zahl der praktischen Ärzte, die ihren Arzneischatz durch Anwendung homöopathischer Mittel erweiterte, ist in diesem Zeitabschnitt, wie man aus den Statistiken der pharmazeutischen Industrie weiß, erheblich angestiegen. Aber auch eine Reihe namhafter Kliniker hatte begonnen, sich näher mit der homöopathischen Frage zu beschäftigen. Besonders der „XII. Ärztekongreß der Liga Homöopathica Internationalis“ (1) im August 1937 in Berlin hat den Anstoß zur gründlichen experimentellen und klinischen Erforschung der homöopathischen Lehre gegeben. In Berlin, Bonn, Göttingen, Leipzig, Stuttgart und Rostock hatten sich klinische Arbeitsgemeinschaften zwischen Internisten, Pharmakologen und homöopathischen Ärzten gebildet, die sich zur Aufgabe gesetzt hatten, das homöopathische Gedankengut auf seine Richtigkeit zu prüfen. Leider bereitete der Krieg all diesen Bemühungen ein plötzliches Ende. Über bescheidene Anfänge hinaus ist es bei diesen ersten Versuchen nicht gekommen und man steht heute wieder vor der Notwendigkeit, neu zu beginnen. Es erscheint deshalb wichtig, daß vor dem Anfang neuer Untersuchungen grundlegende Richtlinien und Erfahrungen aufgezeigt werden, die sich aus dem Experiment sowohl wie aus der Beobachtung am Krankenbett bereits ergeben haben.

Um den Rahmen dieser Arbeit nicht zu weit zu spannen, soll auf jegliche Propädeutik der Homöopathie verzichtet werden¹⁾. Demjenigen, der neu und uneingeweiht an die homöopathische Frage herantritt, sei als Mahnung zur Vorsicht ein Wort des bekannten Altmeisters der Homöopathie, Hans Waplers, Leipzig, mit auf den Weg gegeben: „Wir sind dahin gelangt, daß unsere Literatur unser schlimmster Feind geworden ist, wie man nicht ohne Bitterkeit sagen muß. Sie ist alles andere, nur kein Spiegelbild des wahren Wesens der homöopathischen Wissenschaft. Da die kritischen und auf wissenschaftlichem Boden stehenden Praktiker im Vergleich zu den Individualisten sehr wenig geschrieben haben und noch schreiben, übermühen in der homöopathischen Literatur theoretische Betrachtungen, die dem gesunden Menschenverstand Hohn sprechen.“ (2)

Damit ist zugleich der Hinweis gegeben, daß es in der Homöopathie mit zur wichtigsten Aufgabe gehört, in ihrem Schrifttum die vielen unkritischen Arbeiten von den wenigen kritischen Veröffentlichungen zu trennen. Ein Vorstoß in dieser Richtung wurde mit dem „Compendium der wissenschaftlichen und praktischen Homöopathie“ (3) versucht.

Leipzig, August 1948.

Dr. Heinz Schoeler.

1) Zur Einführung in die Homöopathie wird auf die Arbeiten 3, 4, 17, 24, 46, 47, 59, 84 bis 90 im Literaturverzeichnis verwiesen.

Arzneimittelprüfungen am gesunden Menschen.

Die Hauptaufgabe der Nachprüfung der Homöopathie ist die Reproduktion der homöopathischen Arzneimittelbilder (= AMB.), d. h. also die Wiederholung der wichtigsten Arzneimittelprüfungen (= AMP.) am gesunden Menschen²⁾.

Wie sind nun die homöopathischen AMB. entstanden? Die Systematik des homöopathischen AM.-Versuchs am gesunden Menschen hat Hahnemann (4) grundlegend in seinem „Organon der Heilkunst“ § 105—145 niedergelegt und selbst in zahlreichen Beispielen (5) praktisch durchgeführt. Schon er hat nach Möglichkeit jedes Mittel an mehreren Personen geprüft. Es spielte zu seiner Zeit aber auch der Selbstversuch eine große Rolle. Grundsätzlich gingen Hahnemanns AMP. darauf hinaus, sich oder anderen die zu untersuchende Substanz in einer geringen Dosis einzuverleiben, die Wirkung abzuwarten und dabei alle auftretenden Symptome subjektiver und vereinzelt auch objektiver Natur genau zu protokollieren. Nach Abklingen aller Symptome wurde wieder eine Gabe, meist höherer Konzentration gegeben usw., bis zur Grenze der Erträglichkeit. Das Mittel war den Prüfenden dabei im allgemeinen bekannt. Die scharfsinnigen Exklusivmethoden des biologischen Experiments der Physiologie und Pharmakologie gab es zu der damaligen Zeit noch nicht. Dafür war die natürliche Beobachtungsgabe der Ärzte bedeutend geschulter als in unserer Zeit, wovon man sich bei dem Studium alter medizinischer Werke immer wieder überzeugen kann. Natürlich war es trotzdem möglich, daß durch Suggestion, schlechte Beobachtung und sonstige Einflüsse mancherlei Fehlerhaftes als Arzneisymptom gewertet wurde. In die subjektive Symptomatologie wurden viele Angaben von Hypochondern, Neurasthenikern, Psychopathen und wohl auch von unzuverlässigen Prüfern aufgenommen, so daß sie oft ein Sammelbecken von „Dichtung und Wahrheit“ wurde. Lag es nicht an den Prüfern, so waren die Prüfungsleiter nicht immer kritisch genug, die Prüfungen zu kurzfristig u. dgl. m. Diese Dinge waren auch Hahnemann bereits bekannt und er gibt in seiner „Reinen Arzneimittellehre“ (5) manchem Symptom eine bezweifelnde Fußnote mit. An einigen Stellen zweifelt er auch die Zuverlässigkeit des einen oder anderen Prüfers ganz offen an. Fehler und Mängel hat aber die Homöopathie nicht allein aufzuzeigen; sie sind gewissermaßen ein Erbübel aller biologischen Methoden. Die ganze Medizin leidet schließlich unter der Launenhaftigkeit des biologischen Objekts und wenn man sich noch so sehr bemüht, mit genauester „Objektivität“ an Schlußfolgerungen heranzugehen, so müssen wir doch immer wieder erleben, daß für einen großen Prozentsatz der Beobachtungen und Entdeckungen in der Medizin Gegenargumente gefunden werden, die anscheinend ebenso objektiv sind und das gerade Gegenteil beweisen. Diese Tatsache trifft besonders

2) Über die AMP. wurden vom Verfasser bereits eine Reihe von Arbeiten veröffentlicht. (S. Literatur-Verzeichnis 7, 24, 25, 27, 29, 41, 59 ff.).

für viele Erfahrungen am Krankenbett zu; ein Zeichen, daß der Kranke oft ein ungeeignetes Objekt für feststehende Beobachtungen ist. Hahnemann ist deshalb bewußt von der primären Auswertung der Arzneimittel „ex usu in morbis“ abgerückt und ist zur AMP. am gesunden Menschen übergegangen. Er sagt im Organon (4) wörtlich:

§ 106. Die ganze Krankheit erregende Wirksamkeit der einzelnen Arzneien muß bekannt sein, das ist, alle die krankhaften Symptome und Befindens-Veränderungen, die jede derselben in gesunden Menschen besonders zu erzeugen fähig ist, müssen erst beobachtet worden sein, ehe man hoffen kann, für die meisten natürlichen Krankheiten treffend homöopathische Heilmittel unter ihnen finden und auswählen zu können.

§ 107. Gibt man, um dies zu erforschen, die Arzneien nur kranken Personen ein, selbst wenn man sie nur einfach und einzeln verordnet, so sieht man von ihren reinen Wirkungen wenig oder nichts Bestimmtes, da die von den Arzneien zu erwartenden besonderen Befindens-Veränderungen mit den Symptomen der gegenwärtigen natürlichen Krankheit vermenget, nur selten deutlich wahrgenommen werden.

§ 108. Es ist also kein Weg weiter möglich, auf welchem man die eigentümlichen Wirkungen der Arzneien auf das Befinden des Menschen untrüglich erfahren könnte — es gibt keine einzige sichere, keine natürlichere Veranstaltung zu dieser Absicht, als daß man die einzelnen Arzneien versuchsweise gesunden Menschen in mäßiger Menge eingibt, um zu erfahren, welche Veränderungen, Symptome und Zeichen ihrer Einwirkung, jede besonders im Befinden des Leibes und der Seele, hervorbringe, das ist, welche Krankheits-Elemente sie zu erregen fähig und geneigt sei, da, wie gezeigt worden, alle Heilkraft der Arzneien einzig in dieser ihrer Menschenbefindens-Veränderungskraft liegt, und aus Beobachtung der letzteren hervorleuchtet.

Diese AMP. am gesunden Menschen ist grundsätzlich nicht vergleichbar mit dem pharmakologischen Tierexperiment bzw. der Ausprobung eines Mittels am Krankenbett. Der Pharmakologe fragt bei seinen Versuchen nach der Wirkung eines Stoffes auf den Splanchnikus, auf den Sympathikus, auf die Darmperistaltik, die Kapillargefäße, das Herz usw. Den Kliniker interessiert wieder mehr die Sicherheit und Schnelligkeit, mit der eine Arrhythmie reguliert worden, eine Hypertension zum Normaldruck gekommen ist usw. Bei der homöopathischen AMP. kommt es grundsätzlich nicht allein auf den einzelnen Angriffspunkt an, sondern auf das gesamte Symptomenbild, das ein Mensch unter der Arzneiwirkung bietet. Der Homöopath fahndet daher weniger nach einer vereinzelter Organspezifität oder einer vereinzelter physiologischen Funktion, als nach komplexen Gesamtzuständen. Es ist nicht ausschlaggebend, daß bei der Prüfung eine Gastritis aufgetreten ist; sondern daß eine Magenübelkeit mit Obstipation, Hämorrhoidalstauung, allgemeiner Erregbarkeit, Katerstimmung u. dgl., sich zeigt, ist das Wesentliche (wie z. B. bei *Nux vomica*). Nicht das Auftreten des Gelenkrheumatismus ist wesentlich, sondern die Symptome eines Gelenkrheumas mit Besserung der Beschwerden durch Ruhe und Wärme (= *Bryonia*) oder eines anderen Gelenkrheumas mit Verschlimmerung durch Ruhe, Kälte und Nässe (*Rhus toxicodendron*) u. dgl. m. sind wichtig. Der Homöopath

sucht also nicht eine feststehende Krankheitsdiagnose³⁾ zu erfassen, sondern einen jeweiligen komplexen Krankheitszustand. Das hat zur Folge, daß die Pharmakodynamik und die Therapie des Homöopathen eine große Anpassungsfähigkeit haben muß und daß an Stelle der ziemlich feststehenden Kopplung „Diagnose-Therapie“ eine sehr elastische und variable Kopplung zwischen Krankheitszustand und passendem Arzneimittel tritt. So kommt es zu der eigenartigen Tatsache, daß ein Mittel, besonders die sog. Polychreste (= Mittel mit vielfachem Anwendungsgebiet) bei den verschiedenartigsten klinischen Diagnosen auf dem Indikationsplan stehen kann, vor allem wenn das Mittel bei der AMP. ein sehr breites Symptomenbild geboten hat.

Die Methodik der AMP. ist längere Zeit auf der Stufe der Hahnemann'schen Prüfungen stehen geblieben, wobei man allerdings außer allgemeinen Angaben, wie die oben angeführten aus dem Organon, sonst bei Hahnemann und seinem nächsten Schülerkreis sehr wenig methodische Aufzeichnungen findet. Man darf nicht außer acht lassen, daß diese Versuche bis zu 150 Jahre zurückliegen, als man erst begann, methodisch zu arbeiten. Ein wesentlicher Teil der Symptome, die in den AM.-Lehren verankert sind, ist der forensischen Medizin, der allgemeinen Toxikologie und der Gewerbetoxikologie entnommen worden, da hier viele AMP. nahezu fertig vorliegen, die allerdings sehr grober Natur sind. Die homöopathische AMP. kommt dann als Schlußglied mit ihrem feintoxikologischen Symptomenbild ergänzend dazu.

Die Homöopathen haben vielen alten Volksmitteln aus dem Reiche der Kräuterarzneien und der alchemistischen Substanzen wieder zu Ansehen verholfen. Da sie aber den Wirkungsmechanismus ihrer AM. am gesunden Menschen beobachten mußten und ihnen die Universitätsinstitute zur Forschung verschlossen waren, blieb ihnen nichts weiter übrig, als die Mittel an sich selbst bzw. an einem kleinen Kreis von Freunden und Bekannten zu prüfen. Daher kommt es, daß man bei vielen AM. oft nur 1–2 AMP. mit 1–2 Prüfern vorfindet. Diese schmale Beobachtungsbasis steht häufig in einem eigentümlichen Gegensatz zu den überaus zahlreichen therapeutischen Anwendungen, die solche Mittel finden. Der Pharmakologe steht dieser Tatsache verständlicherweise ungläubig gegenüber, da er gewöhnt ist, die Substanzen in zahlreichen Tierversuchen beobachtet zu haben, bevor er sie der Auswertung am Krankenbett übergibt. Man macht es der Homöopathie heute zum Vorwurf, daß viele ihrer Behauptungen nicht genügend wissenschaftlich begründet seien, ihre Methodik nicht dieselbe sei, wie die der Schulmedizin. Man fragt nach den Statistiken und nach den Hundertsätzen der AMP. u. dgl. m. Die Homöopathie steht solchen Fragen gewissermaßen „naiv“ gegenüber und kann nur beteuern, daß es so etwas bei ihr kaum gibt, daß

3) Diese von der Allopathie so grundsätzlich verschiedene Methodik bedeutet für die Therapie scheinbar die Überfälligkeit der herkömmlichen klinischen Diagnose, da man sich anscheinend nur um das subjektive Symptomengesamtbild eines Kranken zu kümmern braucht und nur danach das Mittel auszuwählen hat, während die AM.-Wahl des schulgerechten Arztes völlig vom objektiven Befund abhängig ist und deshalb unbedingt eine exakte klinische Diagnose erfordert. Es sind auch wirklich einzelne hom. Ärzte in den Fehler verfallen, auf die herkömmliche Diagnose zu verzichten; von den hom. Laienpraktikern ganz zu schweigen, die meistens nur so verfahren. Dies ist nicht mit Unrecht auf Befremden und Ablehnung bei den Klinikern der Schulmedizin gestoßen. Es muß darum an dieser Stelle besonders betont werden, daß alle ernsthaften und forschenden Ärzte der Homöopathie, soweit sie den alten Schulen eines Griebelich, Moritz Müller, Stapf, v. Bakody und den neueren Schulen von Stiegele in Stuttgart, Wapler in Leipzig, Scheidegger in Basel und Donner in Berlin angehören, von jedem Homöopathen die Beherrschung und Durchführung der klinischen Diagnostik restlos fordern.

sie aber trotzdem etwas Gutes zu leisten imstande ist. Wer die homöopathische Literatur näher kennt, wird zugeben müssen, daß man in keinem Fach der sog. „Außenseiterdisziplinen“ der Medizin ehrlicher bemüht gewesen ist, objektiv und wissenschaftlich zu bleiben, als in der Homöopathie. Gewisse Beweise für diese Sonderstellung liegen schon in der Tatsache, daß sich die Homöopathie, im Vergleich zu anderen „Außenseiterdisziplinen“ der Medizin, am längsten durchgesetzt hat. Sie blickt gerade jetzt⁴⁾ auf ein Bestehen von 150 Jahren zurück und zeigt eher Zeichen einer Aufwärts- als einer Abwärts-Entwicklung⁵⁾.

Ein völlig wertloses oder gar falsches Heilsystem hätte sich nie auf so lange Dauer behaupten können. Schließlich sprachen auch sichtbare Heilerfolge dafür, daß „etwas an der Homöopathie ist“.

Von der Universitäts-Medizin ausgeschlossen, blieb ihr nichts weiter übrig, als ihre Eigenart und ihre Forschungsmethode mit den einfachsten Mitteln aufrecht zu erhalten und zu pflegen. Die Forschungsinstitute der Homöopathie sind die Wirkungsstätten ihrer frei praktizierenden Ärzte geworden, von denen fast jeder am Weiterbau der homöopathischen Wissenschaft mitgeholfen hat, indem er neben seinen Beobachtungen am Krankenbett auch AMP. an sich und seinem kleinen Kreis anstellte. Natürlich war es auf diese Weise nicht möglich, Arzneiversuche an hundert oder tausend Menschen vorzunehmen, um Riesenstatistiken und kritisches Material zu sammeln. Es wurde schon als eine gute Leistung betrachtet, wenn von einem Mittel Versuche von 12—20 Personen während einer Prüfung gemacht worden sind. Wie schon erwähnt, handelt es sich oft nur um 1—2 Prüfer, die ein Mittel, manchmal nur kurzfristig, an sich untersucht haben. Irgendwoher haben sie Kenntnis von einer Droge der einheimischen oder fremden Volksmedizin erhalten und waren bemüht, sie ihrem Arzneischatz einzuverleiben. Das Mittel wurde nach Hahnemann's Vorschriften geprüft und je nach dem Ergebnis dieses einfachen Arzneiversuches entsprechend therapeutisch angewendet: So wurde z. B. *Aesculus hippocastanum* (= Roßkastanie) von 7 Prüfern untersucht, wobei die längste AMP. nur 4 Tage dauerte; *Aralia racemosa* (= amerikanische Narde) ist nur von 2 Prüfern ganz kurzfristig untersucht worden. Beide Prüfungen entsprechen in keiner Hinsicht den Forderungen der exakten pharmakologisch-physiologischen AM.-Untersuchung; nichts von Blindversuch, nichts von Gegenkontrolle, keine klinische oder pathologisch-anatomische Kontrolle, keine mathematisch unterbaute Versuchsstatistik, nur ein fast lächerlich wirkender Arzneiversuch an ein paar einzelnen Personen — und doch hat sich das Ergebnis praktisch als richtig erwiesen; die daraus gefolgerte klinische Indikation stimmt und hat

4) Mit der 1796 erschienenen Arbeit: „Versuch über ein neues Prinzip zur Auffindung der Heilkräfte der Arzneisubstanzen“ begründete Samuel Hahnemann vor 150 Jahren die Homöopathie.

5) Es ist zu bedenken, daß die Homöopathie in USA viel intensiver betrieben wird als in Europa. Es gibt dort Kliniken großen Ausmaßes, in denen vorwiegend homöopathische Therapie betrieben wird. So befindet sich die älteste und größte homöopathische Lehranstalt, das Hahnemann Medical College in Philadelphia, wo 1934 allein 144 Doktoranden tätig waren. An 27 Krankenhäusern mit zusammen 3420 Betten in USA wird rein homöopathisch behandelt. Darüber hinaus gibt es zahlreiche Kliniken mit homöopathischen Abteilungen. 1931 erschienen 6 homöopathische Zeitschriften in USA. Die Gesamtzahl der homöopathischen Ärzte in USA beträgt etwa 5000. Es spielen allerdings die Hochpotenzen eine bedeutende Rolle in der amerikanischen Homöopathie, wobei wiederum zu beachten ist, daß dort offenbar unter Hochpotenz häufig nicht Verdünnungsstufen, sondern sogenannte Schüttelpotenzen (!) verstanden werden. Nach neueren Mitteilungen, für die hier leider noch die Literaturnachweise fehlen, soll auch die amerikanische Homöopathie von den Hochpotenzen stark abgerückt sein.

sich am Kranken bewährt. Solche Beispiele sind nicht vereinzelt in der homöopathischen Arzneilehre. Es wurden verschiedene solcher anscheinend ungenügend geprüfter Mittel mit kritischen Methoden nachgeprüft und man konnte immer wieder feststellen, daß die alten Ärzte trotz aller Primitivität ihrer Methodik vielfach richtige und verwertbare Ergebnisse erzielt haben, denen nicht viel Neues hinzuzufügen war.

Diese Tatsache zeigt, daß ein Menschenversuch doch mehr wert sein kann, als viele Tierversuche, deren zwingende Notwendigkeit damit aber nicht abgestritten werden soll. So, wie kein absolutes Recht dazu besteht, die Ergebnisse des Tierversuches einfach auf den Menschen zu übertragen, so besteht auch kein Recht darauf, die Methodik des Tierversuches ohne weiteres für den Menschenversuch zu fordern. Wenn Ärzte im Selbstversuch hinter die Geheimnisse von Arzneiwirkungen zu kommen trachten, so kann man ihre Mentalität und ihre Ergebnisse nicht auf die Basis von Meerschweinchenversuchen stellen⁶⁾. Außerdem muß man bedenken, daß der homöopathische AM.-Versuch hinsichtlich der subjektiven Symptomatologie eben nur am Menschen möglich ist, da uns die Empfindungswelt des Tierreiches weitgehend verschlossen ist.

Daß mit anscheinend so einfachen Methoden tatsächlich der Aufbau eines ganzen therapeutischen Systems möglich war und sich gut bewährt hat, ist ein Beweis der großen Bedeutung der Hahnemann'schen Lehre für die Gesamtmedizin, ist aber auch ein Beweis dafür, daß es unrichtig ist, diese Methodik als „primitiv“ zu bezeichnen. Das biologische Objekt ist nie primitiv! Der Nyander, die Sulfosalicylprobe und dgl. chemische Reagensglasmethoden sind zwar wertvoll, aber doch primitiv gegen den Aschheim-Zondek, gegen das Agglutinationsverfahren, gegen den Adrenalinnachweis am Froschauge und andere Methoden am biologischen Objekt, mit denen nahezu unglaublich geringe Substanzen in ihrer komplizierten Wirkung noch

6) Organon, § 135: Doch bleiben diejenigen Prüfungen der reinen Wirkungen der einfachen Arzneien in Veränderung des menschlichen Befindens und der künstlichen Krankheitszustände und Symptome, welche sie im gesunden Menschen erzeugen können, die vorzüglichsten, welche der gesunde, vorurteilslose, feinfühligste Arzt an sich selbst mit aller ihm hier gelehrtens Vorsicht und Behutsamkeit anstellt. Er weiß am gewissensten, was er an sich selbst wahrgenommen hat.

Auch haben diese Selbstversuche für ihn noch andere unersetzliche Vorteile. Zuerst wird ihm dadurch die große Wahrheit, daß das arzneiliche aller Arzneien, worauf ihre Heilungskraft beruht, in den von den selbstgeprüften Arzneien erlittenen Befindens-Veränderungen und den an sich selbst von ihnen erfahrenen Krankheits-Zuständen liege, zur unleugbaren Tatsache. Ferner wird er durch solche merkwürdige Beobachtungen an sich selbst, teils zum Verständnis seiner eigenen Empfindungen, seiner Denk- und Gemütsart, teils aber, was keinem Arzte fehlen darf, zum Beobachter gebildet. Alle unsere Beobachtungen an anderen haben das Anziehende bei weitem nicht, als die an uns selbst angestellten. Immer muß der Beobachter anderer befürchten, der die Arznei Versuchende habe, was er sagt, nicht so deutlich gefühlt, oder seine Gefühle nicht mit dem genau passenden Ausdruck angegeben. Immer bleibt er in Zweifel, ob er nicht wenigstens zum Teil getäuscht werde. Dieses nie ganz hinwegzuräumende Hindernis der Wahrheits-Erkennung bei Erkundigung der von Arzneien bei anderen entstandenen künstlichen Krankheits-Symptome fällt bei Selbstversuchen gänzlich weg. Der Selbstversucher weiß es selbst, er weiß es gewiß, was er gefühlt hat, und jeder solcher Selbstversuch ist für ihn ein neuer Antrieb zur Erforschung der Kräfte mehrerer Arzneien. Und so übt er sich mehr und mehr in der für den Arzt so wichtigen Beobachtungskunst, wenn er sich selbst, als das Gewissere, ihn nicht Täuschende, zu beobachten fortfährt, und um desto eifriger wird er es tun, da ihm diese Selbstversuche die zum Heilen noch so sehr mangelnden Werkzeuge nach ihrem wahren Wert und ihrer wahren Bedeutung kennen zu lehren versprechen, und ihn nicht täuschen. Man wähe auch nicht, daß solche kleine Erkrankungen beim Einnehmen zu prüfender Arzneien überhaupt seiner Gesundheit nachteilig wären. Die Erfahrung lehrt im Gegenteil, daß der Organismus des Prüfenden durch die mehreren Angriffe auf das gesunde Befinden nur desto geübt wird in Zurücktreibung alles seinem Körper Feindlichen von der Außenwelt her, und aller künstlichen und natürlichen krankhaften Schädlichkeiten, und abgehärteter gegen alles Nachteilige mittels so gemäßigter Selbstversuche mit Arzneien. Seine Gesundheit wird unveränderlicher; er wird robuster, wie alle Erfahrung lehrt.

funktionell nachweisbar sind. Das sind Methoden, auf deren Entdeckung die Klinik, die Physiologie und die Pharmakologie mit vollem Recht sehr stolz sein dürfen⁷⁾. Der Homöopathie andererseits ist der Beweis gelungen, daß die Gesamtheit der subjektiven Symptome eines Individuums ebenfalls ein fein abgestimmtes Reagens für pharmakologisch-klinische Beobachtungen ist und ungeahnte Möglichkeiten in sich birgt.

Hiermit soll jedoch nicht gesagt werden, daß die bisherige Methodik der Homöopathie für vollkommen und unanfechtbar zu halten oder über jegliche Kritik erhaben sei. Es hat in der Homöopathie nie an kritischen und weitschauenden Köpfen gefehlt. Im allgemeinen haben sich diese in der sog. „naturwissenschaftlich-kritischen Richtung der Homöopathie“ zusammengefunden, zu der im vorigen Jahrhundert Ärzte wie Moritz Müller, Ernst Stapf, Ludwig Griebelich, v. Bakody, Wesselhoeft und in neuer Zeit die Schulen von Hugo Schulz (gest. 1932), von Alfons Stiegele, von Hans Wapler und die des Stiegele-Schülers Donner gehören⁸⁾. Wesselhoeft (6) hat schon vor 40 Jahren in einer größeren Arbeit eine Reform der AMP. angestrebt. Ein wesentlicher Fortschritt wurde insofern erreicht, als man immer mehr dazu überging, die Prüfer über das zu untersuchende Mittel in Unkenntnis zu halten, um suggestive Beeinflussung, falsche Angaben u. dgl. möglichst einzuschränken. Eine weitere Vervollkommnung bedeutet die Einführung von sog. „unwissentlichen Prüfungen und Pseudoprüfungen“, d. h. die Verabreichung von Placebogaben (arzneilosen Substanzen) während der ganzen Prüfungen, abwechselnd mit richtigen Arzneigaben, in unregelmäßigen Zeitintervallen, um auf diese Weise Kontrollversuche zu erhalten. Solche Prüfungen sind jedoch nicht allzu häufig vorgenommen worden, da der homöopathische Arzt mit seinen Versuchspersonen darauf bedacht sein muß, möglichst jeden Prüfer für den vollen Arzneiversuch zu verwenden; auch bleibt ihm im allgemeinen bei seiner Praxis nicht die Zeit zu umfassenden Blind- und Kontrollversuchen. Von pharmakologischer Seite werden diese Sonderumstände leicht übersehen und gern alles unter dem Gesichtswinkel des Massenmaterials der Tierversuche bei Institutsarbeiten angesehen. Die Institutsarbeit fehlt aber noch völlig in der Homöopathie. Eine wesentliche Verbesserung der AMP. trat im Jahre 1936 ein, als man an der Wapler'schen Schule der Homöopathischen Poliklinik zu Leipzig dazu überging, die AMP. mit dem ganzen Rüstzeug der neuzeitlichen Diagnostik durchzuführen und endlich neben der subjektiven Symptomatologie auch den objektiven klinischen Symptomen volle Beachtung zu schenken. Man ging also dazu über, neben dem subjektiven oberflächlichen Simile auch nach dem objektiven tiefen Simile zu fahnden. Der Entwurf zu diesen Arbeiten wurde ausführlich in der Allg. Homöopathischen Zeitung veröffentlicht (7).

Unter diesen Gesichtspunkten wurden *Acidum benzoicum* (8), *Phytolacca decandra* (9), *Apocynum cannabinum* (10), *Nerium Oleander* (11), *Graphites* (12), *Cactus grandiflorus* (13) und *Hypericum perforatum* (14) nachgeprüft.

⁷⁾ Damit wird zugleich Hahnemann's Lehre von der Wirksamkeit kleinster Dosen anerkannt.

⁸⁾ Die Arbeiten der „naturwissenschaftlich-kritischen Richtung der Homöopathie“ finden sich fast ausschließlich in der Allg. Homöopathischen Zeitung (A. H. Z.), die seit 1832 bis zur Gegenwart erschienen ist und das wichtigste Archiv für alle homöopathischen Quellenforschungen darstellt.

Diese Nachprüfungen haben viele Ergebnisse der alten AMP. bezüglich der subjektiven Symptomatologie bestätigt, haben aber andererseits auch völlig negative Ergebnisse gezeitigt. So fand z. B. das Arzneimittelbild von *Hypericum perforatum* gar keine Bestätigung. Bei der Graphitprüfung fand man statt der 1144 (!) Symptome der Hahnemann'schen AMP., deren mit Mühe etwa 45, und diese deckten sich kaum mit dem „typischen Graphitbild“.

Die Prüfungen wurden mit verhältnismäßig massiven Dosen angestellt (D 2, D 1, Urtinktur). Es ist unverständlich, daß früher und auch heute noch an vereinzelt Stellen Prüfungen mit hohen Verdünnungen oder gar Hochpotenzen (!) unternommen wurden, denn es liegt solchen Experimenten ein grober logischer Fehler zugrunde. Die höhere Verdünnung soll bekanntlich die umgekehrte Wirkung beim Kranken haben, welche die starke Dosis beim Gesunden hervorruft; folglich kann man nicht mit den therapeutischen Dosen Versuche am Gesunden anstellen wollen. Aus der älteren homöopathischen Literatur sind hunderte von AMP. in allen Einzelheiten bekannt, und man kann immer nur feststellen, daß sichere und einheitliche Prüfungsbilder zustande kamen, wenn mit verhältnismäßig tiefen Potenzen und Urtinkturen gearbeitet wurde. Die Ergebnisse von Hochpotenzprüfungen konnten bei Nachkontrollen weder in therapeutischer noch in experimenteller Hinsicht bestätigt werden.

Martini (26, 28) und auch die „Hahnemannianer“ unter den homöopathischen Ärzten legen Wert darauf, die homöopathischen AMB. Hahnemann's und seines Schülerkreises weitgehend auf Prüfungen mit starken Verdünnungen bzw. gar Hochpotenzprüfungen festzulegen. Dem muß aber teilweise widersprochen werden. Der Hahnemann-Schüler Fr. Hartmann (vgl. Haehl, Samuel Hahnemann, Sein Leben und Schaffen. 1922. Verlag Dr. Willmar Schwabe, Bd. I, S. 111) schreibt einmal:

„Die Arzneimittelprüfungen, an denen ich teilgenommen habe, wurden nur mit Urstoffen und Urtinkturen angestellt; denn in jener Zeit dachte Hahnemann wohl nur erst entfernt, vielleicht auch noch gar nicht an die Urmiasmen der chronischen Krankheiten und an die unendliche Verdünnung der Arzneien und deren Einwirkung in den höchsten Dilutionen auf den gesunden Körper.“

Aber selbst wo man den Eindruck hat, daß Hahnemann mit Hochpotenz geprüft habe, kann man oft finden, daß seine AMB. auf ganz diskutablen Dosierungen beruhen. So findet man bei *Anacardium orientale*, daß Kleinert (38) in seinem Quellennachweis der physiologischen AMP. mitteilt, daß die Prüfung Hahnemann's mit der Tinktur und 1. Verreibung stattgefunden habe (anscheinend haben ihm Protokolle vorgelegen). Während man in Hahnemann's Schriften nichts darüber findet und durch die Vermengung der AM. Symptome mit „ex usu in morbis“ gewonnenen klinischen Symptomen den Eindruck gewinnt, daß er mit Hochpotenzen geprüft habe. Zum Beweis, daß Hahnemann vorwiegend mit massiven Arzneigaben experimentiert hat, mögen folgende Auszüge aus seinem Organon (4) angeführt werden:

§ 114. Bei Prüfung der Arzneien auf ihre Wirkungen im gesunden Körper muß man bedenken, daß die starken, sogenannten heroischen Substan-

zen schon in geringer Gabe Befindensveränderungen selbst bei starken Personen zu erregen pflegen. Die von milderer Kraft müssen zu diesen Versuchen in ansehnlicherer Gabe gereicht werden: die schwächsten aber können, damit man ihre Wirkung wahrnehme, bloß bei solchen von Krankheit freien Personen versucht werden, welche zärtlich, reizbar und empfindlich sind.

§ 116. Ist die Pflanze nur in trockner Gestalt zu haben und ihrer Natur nach von Kräften schwach, so dient zu einem solchen Versuch der Aufguß, in dem das zerkleinete Kraut mit kochendem Wasser übergossen und so ausgezogen worden ist; er muß gleich nach seiner Bereitung noch warm getrunken werden, denn alle ausgepreßten Pflanzensäfte und alle wässrigen Pflanzen-Aufgüsse gehen ohne geistigen Zusatz schnell in Gärung und Verderbnis über, und haben dann ihre Arzneikraft verloren.

§ 121. Sollte diese Gabe binnen ein paar Stunden⁹⁾ keine, oder nur sehr geringe Befindensveränderung hervorbringen, so nimmt die Person (die Arznei muß sowohl an Mannspersonen, als an Weibspersonen versucht werden) eine größere, nach Befinden der Umstände zwiefache Gabe ein, am besten mit ebenfalls zehn Teilen nicht kalten Wassers genau gemischt und zusammengeschüttelt.

§ 122. Wenn die erstere Gabe anfangs viel zu wirken scheint, nach einigen Stunden aber in ihrer Tätigkeit nachläßt, so muß die zweite stärkere Gabe erst den Morgen darauf, ebenfalls nüchtern, genommen werden, und wenn auch diese der Absicht noch nicht entspräche, so wird eine noch stärkere, nach Befinden wohl vierfache Gabe, den dritten Morgen gegeben, ihre Wirkung schon an den Tag legen.

„⁹⁾ In neueren Zeiten fand ich es zweckmäßiger, der Versuchs-Person nur jeden Morgen nüchtern, wenn die Gabe des vorigen Tages nicht schon viele Symptome erregt hatte, eine, wo nötig, stärkere Gabe des zu prüfenden Arzneimittels einnehmen zu lassen und in den neuesten Zeiten nur kleine, aber hoch verdünnte und hoch potenzierte, weil deren Kräfte am vielfachsten entwickelt sind.“

Der bereits 73jährige Hahnemann bringt hier also selbst zum Ausdruck, daß er mit seinen „Hochpotenzen“ nur in neuesten Zeiten, etwa ab 1828—29 bei AMP. operierte. Im allgemeinen sind danach Hahnemann's Dosierungen bei den AMP. höher und zeitlich auch schneller ansteigend gewesen, als die meisten Nachprüfungen der letzten Zeit.

Überblickt man die homöopathische AMP. in ihrer Gesamtheit, so findet man neben wichtigen Hauptsymptomen eines Mittels, stets eine Reihe von Symptomen, die fast bei jedem Mittel wiederkehren und die geeignet erscheinen, die Differentialdiagnose bei der therapeutischen Mittelwahl zu erschweren. Dazu gehören z. B. Kopfschmerzen, Muskelzuckungen, Lidflattern, Neigung zu Diarrhoe oder Obstipation, Übelkeit u. dgl. Tatsächlich findet man diese Dinge in den großen AM.-Lehren wie Stauffer (15), Heinicke (16), Dewey (17), Farrington (18) u. a. m. fast unter jedem Mittel vor, so daß es für den Anfänger oft schwer ist, noch wesentliche Unterschiede zu erkennen. Ein Mittel scheint oft wie das andere zu wirken, und doch sind für den Homöopathen sehr genaue Unterschiede vorhanden, da er die gesamte Symptomenkombination eines AM. betrachtet, die natürlich nur

als absoluter Einzelfall vorliegt. Im Krankheitsfalle sind Schlaflosigkeit, Kopfschmerz, Gliederschwäche, Muskelzittern, Fieber, Pulsveränderungen u. dgl. auch ganz allgemeine Krankheits Symptome, denen verschiedenartigste Ursachen zugrunde liegen. Für jeden Arzt liegt ihre wahre Bedeutung für die Differentialdiagnostik in dem jeweils vereinzelten Zusammenspiel. Keines dieser Symptome ist also am Krankenbett unwichtig, seine Nichtbeachtung kann zu folgenschwerem Irrtum Anlaß geben. Keinem guten Arzt wird es einfallen, lediglich eine Schlaflosigkeit, einen Kopfschmerz, ein Fieber oder dgl. ohne Beachtung der Ursache zu behandeln. Genau so ist das Arzneibild eines homöopathischen AM. zu bewerten; wollte man lediglich einen Kopfschmerz behandeln, dann müßte fast jedes homöopathische AM. zutreffen, da sich dieses Symptom tatsächlich fast bei jedem Mittel findet, und doch könnte man mit mehr als hundert solcher Mittel unter Umständen kein Glück haben, da nicht der Kopfschmerz schlechthin, sondern nur die betreffende Art von Kopfschmerz mit allen Begleitumständen zur richtigen Mittelwahl führt. Es soll damit nicht etwa den wahren Mammutsymptomen-Registern Hahnemann's und seiner nächsten Mitarbeiter das Wort geredet werden; für manches Mittel führen sie 1000—2000 Symptome an, mit denen schließlich kein Mensch mehr etwas Vernünftiges anfangen kann. Die AMP. an der Wapler'schen Schule gingen ja gerade auf Sichtung und Vereinfachung aus. Von Aßmann (19, 31), Donner (20), Schimert (21), Stiegele (53), Ritter (23), Schoeler (59) u. a. m., ist die Notwendigkeit dieser Reform vielfach betont worden.

Diese Erneuerung ist jedoch nicht so zu verstehen, daß im pharmakologischen Sinne nur noch Organspezifitäten möglicher objektiver Natur bei den AMP. gewertet werden und alles übrige als wertlos unbeachtet bleibt. Auch der Versuch, die subjektive Symptomatologie restlos zu objektivieren und alles was sich dem nicht beugt, zu verdammen, hat mit der Homöopathie nichts mehr zu tun. Ein Grundprinzip der Homöopathie ist und bleibt die Beachtung der subjektiven Erscheinungen am Menschen.

Da das subjektive Symptom seiner Natur nach nicht so nachweisbar ist wie das objektive Symptom, bemüht man sich, mit der größtmöglichen Skepsis an seine Nachprüfung heranzugehen und erdenkt alle möglichen Verfahren, um durch Exklusivmethoden an die Erforschung dieses Phänomens heranzukommen und seine natürliche Fehlerbreite möglichst einzuschränken. Donner (22) hat hierüber sehr anschaulich in seiner Aufsatzreihe „Zur Bedeutungsanalyse der Symptome“ berichtet (vgl. auch Ritter (23).

Die Erfahrungen aus den Arbeiten an der „Homöopathischen Poliklinik Leipzig“ führten bezüglich der künftigen AMP. zu folgenden Richtlinien:

1. Die Symptomatologie der AMP. mit hohen Potenzen und Hochpotenzen bewegt sich im Rahmen der sogenannten „normalen Streuwertbreite“ natürlicher, physiologischer Symptomenerscheinungen gesunder Menschen und ist deshalb für Arzneiwirkungen nicht beweisend¹⁰⁾.

Im allgemeinen kann man sich bei wenig toxischen Substanzen mit der Prüfungsdosis in der Reihenfolge D 2, D 1 und Urtinktur bewegen und muß

10) P. Martini ist bei den homöopathischen AMP., die er an seiner Klinik über Bryonia, Sepia und Secale cornutum anstellen ließ, zu ganz ähnlichen Ergebnissen gekommen und hat darüber im Arch. f. exp. Path. und Pharm. 191, 141—171 (1938) veröffentlicht. In der Allg. Homöopathischen Zeitung 1939, Bd. 187, S. 14, wurde zu diesen Prüfungen Stellung genommen.

diese Konzentrationen mengenmäßig bis zur Produktion von Symptomen unter genauer Gesundheitsüberwachung verabfolgen.

Schwermetallsalze und differente Stoffe wie Jod, Thallium usw. werden natürlich mit höheren Verdünnungen und vorsichtigeren Abstufungen geprüft. Es ist selbstverständlich Pflicht jedes Prüfungsleiters, sich vor Beginn der AMP. genau über die gesamte Toxikologie des jeweiligen Versuchsmittels zu unterrichten. Besondere Vorsicht ist bei kumulierenden Stoffen geboten, die mit Zwischenpausen oder in sehr vorsichtigen Mengen zu verabfolgen sind. Die Ergebnisse der Toxikologie sind vollständig zu verwerten und ersparen jede schädliche Belastung des Prüfers. Was durch die Toxikologie bereits gesichert ist, bedarf keiner Nachprüfung!

2. Die zu prüfenden Arzneien sollen in ihren pharmazeutischen und chemischen Daten möglichst genau festgelegt werden. Man kann bei späteren Nachprüfungen manche Erklärung für evtl. Abweichungen im Prüfungsergebnis in der Verschiedenartigkeit des verwendeten Materials finden.

Bei den AMP. an der Leipziger Homöopathischen Poliklinik wurden nur Präparate verwendet, deren Wirk- und Inhaltsstoffe qualitativ und quantitativ genau bestimmt und festgelegt waren. Besonders Neugebauer (54, 55) hat für homöopathische Arzneimittel in eindrucksvoller Weise gezeigt, welche auffälligen Unterschiede zwischen zwei Drogen gleicher Art bei irgendwelchen veränderten äußeren Bedingungen (verschiedene Standorte, Erntezeiten, Lagerzeiten usw.) bestehen können.

3. Bevor man die Prüfer unter die eigentliche Arzneiwirkung stellt, empfiehlt sich ein Vorversuch mit Scheinarznei für einige Tage, da man auf diese Weise die sogenannten suggestiven Initialsymptome erfaßt, die bisher viel Verwirrung in die AML. gebracht haben. Da sich diese Symptome bei den einzelnen Prüfern meist sehr ähneln, werden sie gern als zuverlässige Wirkung des Mittels angesehen, während sie in Wirklichkeit völlig bedeutungslos sind. Hier findet auch die Häufigkeit der Symptome zu Anfang einer AMP. bei höheren Verdünnungen und das paradoxe Nachlassen bei späteren stärkeren Konzentrationen eine Erklärung. Viele der sogenannten Hochpotenzwirkungen fallen unter dieses Kapitel.
4. Der Prüfungsleiter muß seine Prüfer über die Art der Prüfung durch geschickte Irreführung völlig im Unklaren lassen. Die Prüfer dürfen nie den Eindruck gewinnen, als seien die Prüfungen einheitlich schematisiert. Durch Alternieren von zwei verschiedenen Prüfungen kann man das auch praktisch verhindern. Bei hervortretendem Geschmack oder Geruch kann man die Arznei in Oblaten oder entsprechend gefärbten Gelatine kapseln verabreichen. Da in diesem Falle der Anfangsteil des Verdauungsweges von der Arzneiwirkung ausgeschaltet wird, sind solche Versuche vom homöopathischen Standpunkt aus gesehen aber nicht ganz einwandfrei. Bei Zusatz von Bittermitteln oder dgl. zur Tarnung von Scheinarzneien kann mit Recht der Einwand erhoben werden, daß diese Mittel eine Eigenwirkung entfalten. Selbst die starken Bittermittel wie Chinin, Aloin und Strychnin müßten u. U. als D 3 — D 2 zum Tarnen verwendet werden. Da sie dann natürlich schon höchst wirksam sind, entfällt diese Möglichkeit.

5. Die überwiegende Zahl der Prüfer erfährt im allgemeinen eine zeitlich und mengenmäßig völlig gleiche Arzneibelastung, falls nicht Überempfindlichkeitsercheinungen eine vorsichtigere Abstufung bei einzelnen Prüfern erfordern. Einige Versuchspersonen bekommen nur Hochpotenzen, um auch diese Frage endgültig zu klären. Einzelne Prüfer erhalten dauernd Scheinarznei. Erfahrungsgemäß bekommt man auf diese Weise im allgemeinen bei genügender Arzneibelastung recht einheitliche Spitzensymptome (besonders bei gut resorbierbaren Mitteln), die mehr oder weniger ausgeprägt sich bei der Mehrzahl der Prüfer zeigen. Eine Sicherung des Arzneibildes läßt sich dann durch eine statistische Bewertung der jeweiligen Symptomenhäufigkeit erreichen. Es ist wichtig, daß jeder Prüfer ein gedrucktes Merkblatt über den Gang der Prüfung erhält¹¹⁾.

Man muß bei genügender Prüferzahl mehrere Pseudoprüfer ansetzen, um einen klaren Unterschied zwischen den arzneibelasteten und den arzneifreien Prüfern zu bekommen. Während der Prüfung ist eine Niederschrift der subjektiven Symptome seitens der Prüfer und der objektiven Symptome seitens des Prüfungsleiters vorzunehmen. Es hat eine klinische Vor- und Nachuntersuchung jedes Prüfers mit Festlegung seiner Anamnese zu erfolgen.

Prüfungen, die nicht unter entsprechender ärztlicher Kontrolle erfolgen, worunter auch wenigstens eine wöchentliche Nachuntersuchung der Prüfer zu verstehen ist, sollten in Zukunft nicht mehr bewertet und auch nicht mehr veröffentlicht werden. Zur ständigen unumgänglichen Kontrolle gehören Temperatur, Puls, Blutdruck, Blutsenkung, Blutstatus, Harnstatus, Reflex- und Kreislaufbeobachtung, evtl. Stuhluntersuchung. Die Blutsenkung ist nur vor und nach der Prüfung erforderlich, und soll möglichst nach Westergreen gemessen werden; Mikrosenkungen sind zu unzuverlässig. Bei Prüfungen glykosidhaltiger Arzneien achte man auf Ödeme! Die Symptome sind nach dem Sicherheitswert (Häufigkeit in zeitlicher und zahlenmäßiger Hinsicht) zu ordnen. Einzelne Symptome und nebensächliche, nichtssagende Erscheinungen sollen nicht ausgelassen werden, sondern unter einer Sondergruppe (Nebensymptome) gesammelt werden. Hierunter werden bei vielen Mitteln auch die „psychischen Symptome“ fallen, wenn es sich nicht gerade um Stoffe mit besonderer Affinität zum ZNS. handelt.

6. Die Dauer der Prüfungen muß mindestens 4—5 Wochen betragen, die Beobachtung von Nachwirkungen etwa 14 Tage. Bei langsam oxydierenden, kumulierenden und schwer ausscheidbaren Stoffen gelten längere Zeiten. Der gelegentliche Einwand, daß diese Prüfungen noch zu kurzfristig seien, ist im Vergleich zu älteren Prüfungen nicht gerechtfertigt. Bei den entsprechenden Quellenforschungen konnte immer wieder festgestellt werden, daß die Prüfungen an der Homöopathischen Poliklinik Leipzig zeitlich mit zu den ausgedehntesten gehörten¹²⁾. Zufällige Nachbeobachtungen nach einem halben Jahr kann man nicht mehr als AMP. ansprechen. Es ist sehr selten wirklich länger als 4 Wochen geprüft worden, oft nur wenige Tage an wenigen Personen. Bezüglich der Sicherheit von Symptomen kann man als eine allgemeine Regel sagen:

11) Entwurf hierzu findet sich in der A. H. Z. 185, 165 (1937).

12) Zeitlich z. T. noch längere Prüfungen finden sich nur noch bei Wurmb (91), Hugo Schulz (62) und Martini (26).

- a) Prüfungen an Einzelpersonen oder sehr kleinen Gruppen (2—4 Personen) erfordern bei den üblichen Dosierungen (D 2—Urtinktur) entweder sehr lange Versuchszeiten oder müssen als kurzfristiger Versuch mit einem konzentrierten (nur Urtinktur in größeren Mengen) „Arzneistoß“ durchgeführt werden. Im letzten Falle bekommt man vorwiegend grobe Symptome.
 - b) Prüfungen (D 2—Urtinktur) an größeren Gruppen brauchen sich meist nicht über 4 Wochen Arzneiversuch und 14 Tage Nachkontrolle zu erstrecken.
 - c) Leicht verbrennbare und leicht ausscheidbare Stoffe lassen bei höheren Verdünnungen, wenn diese unterhalb der Reizschwelle liegen, auch bei noch so langen Prüfungszeiten keine ihnen eigentümlichen sicheren Symptome erkennen. Bei kumulierenden, schwer verbrennbaren und schwer ausscheidbaren Stoffen liegen die Verhältnisse anders.
7. Der verschiedentlich aufgekommene Gedanke, den Prüfungsleiter ebenfalls in Unkenntnis über das jeweils zu prüfende Mittel zu lassen, ist zwar einleuchtend, aber kaum durchführbar. Der Prüfungsleiter trägt für seine Versuchspersonen die volle Verantwortung hinsichtlich ihrer Gesundheit, also muß er auch unbedingt wissen, womit er seine Prüfer belastet, um je nach Lage des Falles die Dosis erhöhen oder verringern zu können. Er muß auch wissen, welches die Hauptgefahren sind, ob Idiosynkrasien oder Kumulationen zu befürchten sind u. dgl. m., um seine Aufmerksamkeit diesen Dingen besonders zuzuwenden und die entsprechenden Sicherheitskontrollen diagnostischer Art durchzuführen. Natürlich muß der Prüfungsleiter zuverlässig und kritisch sein. Eine Möglichkeit, den Prüfungsleiter von eigenen subjektiven Beeinflussungen des Prüfungsverlaufes abzuhalten, ist dadurch gegeben, daß man ihn über die Placebo-Verabreichungen und Pseudoprüfer im unklaren läßt, denn hierdurch kann kein Schaden angerichtet werden.

In diesem Zusammenhang verdient die Veterinärmedizin Erwähnung, die sich schon seit einigen Jahren in verstärktem Maße das homöopathische Gedankengut zu eigen gemacht hat. Vor allem sind es die Arbeiten Schömmers (60, 61), die in letzter Zeit die Aufmerksamkeit erregten. Schömmers knüpft besonders an die Wirkungstypenregel Kötschus (45) und die Arndt-Schulz'sche Regel an. Die Veterinärmedizin hat der Humanmedizin gegenüber den großen Vorteil, daß das Moment der Suggestivbeeinflussung als Störfaktor der reinen Arzneimittelwirkung entfällt. Doch darf nie vergessen werden, daß der Tier- und Menschenversuch nie völlig vergleichbar sind und daß die subjektive Symptomatologie immer nur aus der AMP. am gesunden Menschen gewonnen werden kann.

An dieser Stelle sind die Bonner Untersuchungen zu nennen. Nach einer Reihe von Nachprüfungen homöopathischer AMB., die in Dissertationen (26) festgehalten wurden, veröffentlichte Martini in der Münch. med. Wschr. 1939, Nr. 19, eine kritische Betrachtung „über die homöopathische Arzneimittelprüfung am Gesunden“. Martini hat seine Untersuchungen in Bonn von dem berechtigten Standpunkt aus angestellt, daß die AMP. als Grundlage der homöopathischen Arzneimittellehre eine bequeme physiologische Handhabe zu ihrer objektiven Nachprüfung bietet. Er sagt wörtlich:

„Lassen sich die AMB. durch solche AMP. bestätigen, dann muß man die Homöopathie wissenschaftlich anerkennen.“¹³⁾

Martini hat die AMB. von *Bryonia*, *Secale cornutum*, Sepia und Schwefel einer „Nachprüfung“ unterzogen und ist zu einem völlig negativen Ergebnis gekommen (26—29). Der Haupteinwurf seitens der Homöopathie gegen seine Veröffentlichung bezog sich seinerzeit auf die Vermutung, daß Martini einerseits die Zwischenschaltung seiner Pseudoprüfungen zeitlich meist zu früh ansetzte, so daß wahrscheinlich die Arzneibelastung ausgesetzt wurde, bevor überhaupt die Reizschwelle des Mittels erreicht war, und andererseits die Gesamtdosierungen zu gering gewesen sind. Bei den gut resorbierbaren und schnell verbrennbaren oder ausscheidbaren Stoffen macht man bei AMP. die Beobachtung, daß selbst bei eingetretener „Arzneikrankheit“ die Symptome meist rasch verschwinden, wenn das Mittel abgesetzt wird. Es wurde sehr häufig beobachtet, daß Prüfer, die 2—3 Tage verweist waren und ihre Arznei vergessen hatten, wieder völlig symptomtenlos geworden sind, wenn sie nicht schon unter sehr starker Wirkung standen und eine längere Nachwirkung produzierten.

Man kann also durch dauerndes Zwischenschalten von Scheinmittelperioden jede sich anbahnende Arzneiwirkung wieder völlig zum Verschwinden bringen, wenn die wechselnden Perioden in zu kleinen Zeitabschnitten erfolgen. Auf diese Weise kann man serienmäßig negative Ergebnisse bei AMP. zeitigen! Gewiß gibt es auch Stoffe, welche die Zwischenperioden geradezu erfordern, vor allem die kumulierenden, schwer ausscheidbaren und schwer oxydierbaren Substanzen. Wollte man trotz der erhobenen Einwände das System der Zwischenperioden beibehalten, dann müßten sowohl die Arzneiperioden, wie auch die Zwischenperioden zeitlich sehr lang sein. Dadurch würden die Versuche aber ungewöhnlich ausgedehnt. Die Praxis lehrt jedoch, daß man die Versuchspersonen im allgemeinen mit Mühe für 5—6 Wochen als geschlossene Prüfungsgesellschaft zusammenhalten kann. Grundsätzlich muß man allerdings Martini beipflichten, wenn er diese technische Schwierigkeit nicht als Hinderungsgrund zur Durchführung solcher Prüfungen behandelt.

Die AMP. an der Homöopathischen Poliklinik Leipzig stellen eine Erweiterung der Methode von Hugo Schulz (62, 63) dar, deren Hauptgewicht die möglichst langbefristete Arzneibelastung ist. Man kann auch diese Methode genügend abwandeln, um die notwendige Unsicherheit bei den Prüfern bezüglich des Arzneigehaltes der jeweils verabfolgten Gaben zu erhalten. Man kann einzelne Prüfer mit, andere ohne Pseudoperioden beginnen lassen. Es lassen sich Pseudoperioden anschließen und völlige Pseudoprüfungen durchführen. Man kann auch zwei verschiedene Mittel in einer Gruppe prüfen oder kann mit sehr verschiedenen Potenzen beginnen. Sogar die Methode der irreführenden Suggestion kann in einzelnen Fällen notwendig sein. Auch Martini verwirft die Anwendung der Gegensuggestion nicht, für die er

¹³⁾ Die Toxikologie und die Gewerbetoxikologie sind schon Beweis genug, das es typische Arzneikrankheiten gibt. So lassen sich auch ohne die spezielle homöopathische AMP. vollständige AM.-Bilder allein aus den Ergebnissen der Toxikologie zusammenstellen. In der A. H. Z. wurden seit 1941 auf Anregung des Verfassers (41) laufend Arbeiten dieser Art veröffentlicht. Es kommt bei den vergleichenden AMP. nicht auf die unbedingte Übereinstimmung aller „Symptömchen“ an, sondern auf die Richtigkeit der wichtigsten Haupt- und Leitsymptome. Von diesen sind aber viele bereits toxikologisch festgestellt — und fast ausschließlich nach diesen richten sich die meisten Praktiker (vgl. A B m a n n (42) und D o n n e r (43)).

in anderem Zusammenhang in seiner Methodenlehre eintritt. Es gibt also Möglichkeiten genug, Varianten einzuführen, die es verhindern, daß die Prüfer sich etwa auf ein allgemein bekanntgewordenes Schema einstellen. Wenn Martini glaubt, daß sich zu viele Fehler durch Suggestivsymptome einschleichen könnten, dann genügt es, wenn man 3—4 Prüfungsgesellschaften zu verschiedenen Zeiten und an getrennten Orten in der oben angegebenen Weise ansetzt. Zeigen sich in diesen Gruppen sehr einheitliche ähnliche Symptome in genügender Häufigkeit, dann gibt es keinen Zweifel mehr an dem wahren Zusammenhang der Symptome mit der Arzneiwirkung.

Die Suggestibilität des einzelnen Prüfers tritt am reinsten und am unanfechtbarsten im Zeitabschnitt der arzneilosen Vorperiode hervor. Bei den zwischengeschalteten Pseudoprüfungen, während der Arzneibelastung, besteht für eine gewisse, unbestimmte Zeit noch die Gefahr, Symptome der Nachwirkung für Suggestivsymptome anzusehen oder umgekehrt. Bei nicht kumulierenden Stoffen wird dieser Zeitabschnitt allerdings immer nur kurz sein. Hahnemann hat in seinem Organon (4) der Nachwirkung eine auffällig starke Bedeutung beigemessen. Man findet dort wörtlich:

§ 124. „Hat man gleich anfangs zum ersten Male eine gehörig starke Arzneigabe gereicht, so hat man den Vorteil, daß die Versuchsperson die Aufeinanderfolge der Symptome erfährt und die Zeit, wenn jedes erschienen ist, genau aufzeichnen kann, welches zur Kenntnis des Genius der Arznei sehr belehrend ist, weil dann die Ordnung der Erstwirkungen sowie die der Wechselwirkungen am unzweideutigsten zum Vorschein kommt. Auch eine sehr mäßige Gabe ist zum Versuch oft schon hinreichend, wenn nur der Versuchende feinfühlig genug und möglichst aufmerksam auf sein Befinden ist. Die Wirkungskdauer einer Arznei wird erst bei der Vergleichung mehrerer Versuche bekannt.“

§ 128. „Alle äußeren Potenzen und vorzüglich die Arzneien haben die Eigenschaft, eine ihnen eigentümliche, besonders geartete Veränderung im Befinden des lebenden Organismus hervorzubringen; doch kommen nicht alle einer Arznei eigenen Symptome schon bei einer Person, auch nicht alle sogleich, oder in demselben Versuch zum Vorschein, sondern bei der einen Person diesmal diese, bei einem zweiten oder dritten Versuch wieder andere, bei einer anderen diese oder jene Symptome vorzugsweise hervor, doch so, daß vielleicht bei der vierten, achten, zehnten usw. Person wieder einige oder mehrere von den Zufällen sich zeigen, die schon etwa bei der zweiten, sechsten, neunten usw. Person sich ereigneten; auch erscheinen sie nicht zu derselben Stunde wieder.“

§ 132. „Alle Beschwerden, Zufälle und Veränderungen des Befindens der Versuchsperson während der Wirkungskdauer einer Arznei rühren bloß von dieser her und müssen, als dieser Arznei eigentümlich zugehörig, als ihre Symptome angesehen und aufgezeichnet werden; gesetzt auch die Person hatte ähnliche Zufälle vor längerer Zeit bei sich von selbst wahrgenommen. Die Wiedererscheinung derselben beim Arznei-Versuch zeigt dann bloß an, daß dieser Mensch, vermöge einer besonderen Körperbeschaffenheit, vorzüglich aufgelegt ist, zu dergleichen erregt zu werden. In unserem Fall ist es von der Arznei geschehen; die Symptome kommen jetzt, während die eingenommene, kräftige Arznei sein ganzes Befinden beherrscht, nicht von selbst, sondern rühren von dieser her.“

§ 240. „Jede merklich fortgehende und immer, obschon nur um Weniges zunehmende Besserung in einer schnellen (akuten) oder anhaltenden (chronischen) Krankheit ist ein Zustand, der, so lange er anhält, jede fernere Wiederholung irgendeines Arzneigebrauches durchgängig ausschließt, weil alles Gute, was die genommene Arznei auszurichten fortführt, noch nicht vollendet ist. Jede neue Gabe irgendeiner Arznei, selbst der zuletzt gegebenen bisher heilsam sich erwiesenen, würde das Besserungswerk stören.“

§ 241. „Diese Erinnerung ist um so wichtiger und nötiger, da wir von keiner Arznei, auch in großer Gabe eingenommen, die genauen Grenzen ihrer Wirkungsdauer, nicht einmal im gesunden Körper, mit Gewißheit bestimmen können, unmöglich aber von den so kleinen Gaben zu homöopathischem Gebrauche in so verschiedenen Krankheiten und bei Kranken von so sehr verschiedener Körperanlage.“

§ 242. „So lange also die fortschreitende Besserung auf eine zuletzt gezeigte Arzneigabe dauert, so lange ist auch anzunehmen, daß wenigstens in diesem Falle die Wirkungsdauer der helfenden Arznei noch anhält, und daher jede Wiederholung irgendeiner Arzneigabe verbietet.“

Wir werden heute natürlich nicht allem beipflichten, was hier behauptet wird, müssen aber anerkennen, daß die Beachtung der Nachwirkung eines Mittels durchaus diskutabel und der modernen Pharmakologie auch geläufig ist. Gibt man also in einer Periode von 4 Tagen ein Arzneimittel und anschließend 3—4 Tage lang ein Pseudomittel, so ist man nicht ohne weiteres berechtigt, das Geschehen in dieser arzneilosen Periode als Suggestiveffekt zu betrachten und einen Zusammenhang mit der Arznei einfach außer Betracht zu lassen, wie es bei den Bonner Untersuchungen teilweise geschehen ist.

Die reinen Pseudoprüfer entsprechen dem pharmakologischen Blindversuch beim Tier und haben lediglich in ihrem unterschiedlichen Verhalten gegenüber den Arzneibelasteten eine Bedeutung. Es ist für den Gesamteindruck bei der Beobachtung eines pharmakologisch-physiologischen Versuches am Menschen sehr überzeugend, wenn man sieht, daß die arzneibelasteten Prüfer Beschwerden und auffällige Symptome zeigen, während die Pseudoprüfer eine relative Symptomenarmut erkennen lassen. Sollte das Ergebnis jedoch anders, vielleicht gar paradox auslaufen, so hat man sofort einen Hinweis zu weiteren Nachprüfungen; denn es sind in solchen Fällen Zweifel an der Wirklichkeit des Arzneibildes berechtigt, wenn anderweitige Fehler ausgeschlossen wurden.

Durch die Einbeziehung genauer objektiver Untersuchungen erhöht sich die Sicherheit der Symptomatik bei den Prüfungen wesentlich. Wenn mehrere Prüfer Herzbeschwerden bekommen und gleichzeitig objektiv Puls- und EKG-Veränderungen auftreten, die nach dem Absetzen des Mittels allmählich zurückgehen, dann ist an einer echten Kreislaufwirkung der Arznei nicht mehr zu zweifeln¹⁴⁾.

Wenn Martini einen Teil seiner Prüfer durch Handschlag zur Wahrheit verpflichtet, so geschieht das aus der Erkenntnis, daß trotz aller Vorsichtsmaßregeln beim Menschen der „unwissentliche Versuch“ nicht mit Sicher-

14) Vgl. Schoeler AMP. von *Apocynum cannabinum* A. H. Z. 185, 229 (1937) und AMP. von *Nerium Oelander* A. H. Z. 186, 89 (1938).

heit erreichbar ist und das „Individuelle“ mit der AMP. unlösbar verbunden bleibt. Der größte Teil der Arzneien hat in stärkeren Konzentrationen Geschmack oder Farbe, die auch durch Korrigentien nicht immer völlig verdeckt werden können. Man kann versuchen, durch Verabfolgung der Präparate in Oblaten oder Gelatinekapseln über diese Schwierigkeit hinwegzukommen. Dadurch wird aber ein Teil des oberen Darmtrakts von der Mitwirkung ausgeschlossen, was bei homöopathischen Mitteln nicht unbedenklich ist. Die Möglichkeit, aus Gründen der Neugier, Ängstlichkeit und anderen Motiven die Oblaten oder Kapseln durch Öffnen und Abschmecken auf ihren Inhalt zu prüfen, ist einfach nicht zu unterbinden. Beim Einnehmen wird ein Teil der Prüfer die Kapseln und Oblaten nicht schnell genug schlucken oder sie im Munde zerquetschen, so daß der Prüfer bald wissen wird, ob er Scheinmittel oder Arzneistoff bekommt. Man wird auf diese Weise also bestenfalls eine „unsichere Unwissentlichkeit“ erreichen. Die Tarnung von Scheinarzneien mit Bitterstoffen oder dgl. zur Geschmacksangleichung (besonders für die Blindprüfer) trübt den reinen Versuch, da vielfach Konzentrationen erforderlich sind, die schon wieder selbständige Wirkungen des Täuschungsstoffes ermöglichen.

Man kann sich also auf diese Hilfsmittel nicht restlos verlassen und darf sich bei Schlußfolgerungen nicht unbedingt darauf berufen; denn eine sichere Unwissentlichkeit wird damit nicht erreicht. Trotz aller erforderlichen Objektivität lehrt die Erfahrung, daß zwischen dem Prüfungsleiter und den Prüfern ein guter, persönlicher Kontakt bestehen muß, der am besten dadurch gewährleistet wird, daß der Prüfungsleiter alle Untersuchungen persönlich vornimmt. Es gehört neben der kühlen Wissenschaftlichkeit auch eine gewisse Begeisterung und positive Einstellung zu solchen Versuchen — ohne die bekanntlich keine fruchtbare Arbeit gedeihen kann.

Im Zusammenhang mit der Veröffentlichung von Martini ist die Mitteilung von Schlüter, Heidelberg (27, 39), sehr bedeutungsvoll, daß er zufällig auch *Bryonia*-Prüfungen angestellt hat. Bei diesen Prüfungen, die er mit Haffner an einem größeren Prüferkreis durchführte, ist er zu sehr positiven Ergebnissen gekommen, die in der Richtung des homöopathischen AMB. lagen. Er hat bei einer früheren Prüfung mit *Bryonia* einen Mißerfolg erlebt¹⁵⁾. Es besteht also die Möglichkeit, daß man in Bonn bei einer Wiederholungsprüfung nach der vorgeschlagenen Methode ebenfalls zu einem positiven Ergebnis kommt.

Die homöopathische AMP. am Gesunden ist eine der anregendsten Aufgaben, die der Pharmakologie und der Physiologie gestellt sind. Es gehört viel Scharfsinn, Kritik und Aufmerksamkeit dazu, um hinter die Launenhaftigkeit und die Irrtumsmöglichkeiten dieser Experimente zu kommen. Es ist völlig berechtigt, wenn Martini für die Anwendung des strengen Maßstabes der mathematischen Grundlagen der Statistik bei der Beurteilung experimenteller und therapeutischer Versuche eintritt. So kann man beispielsweise die Ergebnisse zweier oder mehrerer Prüfungen des gleichen Mittels mit der Methode des „zwei- oder dreifachen mittleren Fehlers“ auswerten und wird zu sehr sicheren Resultaten kommen, wenn die Prüferzahl genügend groß ist.

¹⁵⁾ Die Ursache dieser gegensätzlichen Ergebnisse findet vielleicht in den Feststellungen von Neugebauer (54, 55) eine Erklärung.

In der Homöopathie folgt auf die AMP. die Aufstellung des sogenannten „Arzneimittelbildes“ (= AMB.) des betreffenden Stoffes. Die gewonnenen Symptome werden geordnet und in meist gleichbleibender Reihenfolge (Allgemeine Symptome, Gemütssymptome, Kopf, Hals, Extremitäten, Brust usw.) zu einem AMB. zusammengestellt. Eine alphabetische Aneinanderreihung solcher Arzneibilder ergibt dann die

Homöopathische Arzneimittellehre (= AML.).

Solcher AML. gibt es mehrere (vgl. 15 bis 18). Sie unterscheiden sich lediglich in der Anordnung und der zahlenmäßigen Wiedergabe der Symptome. Da diese AML. für den homöopathischen Arzt das leitende Therapeuticum darstellt, sollte man meinen, alle Dinge, die darin zu finden sind, hätten auch ihre praktische und klinische Bestätigung gefunden. Weit gefehlt! Man hat die AMP. zu AMB. und diese zu AML. zusammengeschrieben, wie sie sich gerade ergaben, und hat dabei mehr dem Grundsatz der umfassenden Gründlichkeit als der gewissenhaft abwägenden Genauigkeit gehuldigt. So sind wahre Monstren von AMB. und AML. entstanden. Es gibt da, wie schon erwähnt, AMB. eines einzigen Mittels von 1500—2000 Symptomen. Für den praktischen Gebrauch sind solche Darstellungen natürlich fast wertlos. Besonders Hahnemann selbst und seine nächsten Schüler stellten so umfangreiche Symptomenbilder auf. Man wird dies besser mit dem fanatischen Schwung der Begeisterung an der neuen Sache als mit Kritiklosigkeit erklären. Bezüglich der Bewertung mancher Symptome prägte Ritter (30) einmal den sehr bezeichnenden Satz: „Ob dieses Symptom wirklich von irgendeinem anderen Wert ist, als dem der historisch bedingten unkontrollierten Gepflogenheit, mag mit Fug und Recht bezweifelt werden.“ Dieses Urteil läßt sich auf viele Dinge der homöopathischen AML. anwenden. Von allen Vertretern der naturwissenschaftlich-kritischen Richtung ist schon immer darauf hingewiesen worden, daß eine Reform in dieser Beziehung dringend erforderlich ist.

Von Hahnemann bis in die neueste Zeit haben sich 3 Fehlerquellen in der AML. weiter vererbt:

1. Die Symptome der AMP. sind nicht genügend auf die Echtheit ihres Zusammenhanges mit der Arzneimittelwirkung untersucht worden. Praktische Versuche und Hinweise für die Nachprüfung und Verbesserung dieser Tatsache sind bereits genügend gegeben worden.
2. Im Laufe der Zeit (auch schon unter Hahnemann) haben sich unter die durch AMP. gewonnenen Symptome die sogenannten „klinischen Symptome“ geschlichen, die sich „ex usu in morbis“ ergeben hatten. Diese sind nun von den anderen fast nicht mehr zu trennen und haben eigentlich ein unheilvolles Chaos in die AML. getragen. Der Erfahrene sieht es manchen auf den ersten Blick an, wie sie zu bewerten sind; bei den meisten Symptomen ist es jedoch nicht so einfach möglich. Dieses Durcheinander wird sich nur durch mühsame Literaturforschung und kritische Quellenbearbeitung entwirren lassen. Ein Versuch hierzu ist vom Verfasser mit dem „Kompendium der wissenschaftlichen und praktischen Homöopathie“ (3) gemacht worden.
3. Es ist nie systematisch untersucht worden, welche Bedeutung die Symptome in bezug auf ihren wahren therapeutischen Wert haben. Man hat

vielmehr die Annahme unterstellt, daß jedem produzierten Symptom auch ein Heileffekt zuzuschreiben sei (daher der Bienenfluß bei der Sammlung von Symptomen).

Damit ergibt sich zugleich die Frage nach dem

experimentellen Beweis des Ähnlichkeitssatzes,

der aus dem Zustand der Hypothese auch heute noch nicht eindeutig zur Theorie erhoben worden ist. Beim Rückblick über die bisherigen Erfahrungen, kann man allerdings jetzt schon sagen, daß diese Hypothese sicher nicht mehr zur bloßen Fiktion abgewertet werden kann.

Bei den Erklärungsversuchen für den therapeutischen Mechanismus der homöopathischen Arzneimittel wird u. a. weitgehend von der Arndt-Schulz'schen Regel Gebrauch gemacht. Im Hinblick auf die Ähnlichkeitsregel, die doch im wesentlichen besagt, daß die toxischen Wirkungen starker Arzneydosen ähnliche Krankheitszustände erzeugen, wie sie sie in kleinen Dosen zu heilen imstande sind, erscheint eine Erklärung durch Umkehrwirkung bestechlich. Für die Richtigkeit der Arndt-Schulz'schen Regel bedarf es nach den zahllosen Beobachtungen¹⁶⁾ keiner weiteren Beweise mehr.

Jedenfalls ist die zwei- und mehrphasige physiologische Reizwirkung der Pharmaka bisher die beste Begründung für die Simile Regel¹⁷⁾. An Erklärungsversuchen anderer Art bestanden seit Hahnemann mehrere. Eine ausführliche, klar geschriebene Darstellung hierüber hat Tischner in seiner ausgezeichneten „Geschichte der Homöopathie“ (44) gegeben. Dort findet sich auch ein guter Überblick über die Bedeutung und Entwicklung der „biologischen Reizregel“ für die Medizin im allgemeinen, sowie für die Homöopathie im besonderen. Beim Studium der biologischen Reizregel (= B.R.) verdienen die Arbeiten von Kötschau (1, 45) über seine „Wirkungstypenregel“ Beachtung. Der Simile-Effekt läßt sich aber nicht ausschließlich mit der B. R. erklären.

„Man hat mehrfach versucht, die B. R. als die Grundlage der Homöopathie aufzufassen, doch stehen dem einige Bedenken entgegen. Die B. R. kennt als erste Phase nur die Reizung, die Homöopathie aber behandelt mit ihren kleinen Gaben sowohl Reizungs- als auch Lähmungserscheinungen, und auch der Umschlag der Reizwirkung in die Lähmungswirkung scheint doch nicht so einheitlich bei den niederen Verdünnungen zu erfolgen. Kurtz z. B. betonte schon frühzeitig, daß Carbo im wesentlichen immer gleich wirkt, ob man es in schulmedizinischer Art in Substanz gibt oder in niederen oder auch mittleren Verreibungen.

Die B. R. sieht die sehr verwickelten Vorgänge am Lebenden — bisher wenigstens fast ausschließlich — zu einseitig an, indem dabei nur ein Vorgang, z. B. die Menge der entstehenden Kohlensäure, beachtet und gemessen wird, während andere Vorgänge, die vielleicht ebenso wichtig sind zur Beurteilung der Lebenstätigkeit, unbeachtet bleiben.

16) Wapler, Geheimrat Erich Harnaek und sein Lehrbuch der AML. oder Homöotherapie in der Schulmedizin. Verlag Dr. Wilmar Schwabe 1911; Neugebauer, Weitere Beweise für die Gültigkeit der Arndt-Schulz'schen Regel; laufende Beiträge in den letzten Jahrgängen der A. H. Z.

17) Man beachte in diesem Zusammenhang die Parallelität der Arndt-Schulz'schen Regel mit dem Pflüger'schen Zuckungsgesetz, besonders bezüglich aufsteigender Ströme.

Bei der verwickelten und noch ungeklärten Sachlage ist es unzweckmäßig, alles auf die B.R. abzustellen. Am besten ist die vorsichtige, aber auch weniger umfassende Formung des Gedankens durch H. Wapler: „Es gibt keinen die Lebenstätigkeit in schwacher und mittelstarker Form anfachenden und fördernden Reiz, der nicht als starker und stärkster in das Gegenteil umschlägt und die Lebenstätigkeit hemmt und aufhebt“ (44, 46).

Die Hauptbedeutung der B.R. bzw. Arndt-Schulz'schen Regel liegt besonders in ihrem großen Wert für die Frage der Dosierung der Arzneien. Mit ihrer Hilfe kann man für sehr viele Heilmittel ziemlich genau bestimmen, wie groß die Dosierungsbreite für die reizende Wirkungsphase ist, bei welcher Menge etwa der Umschlagspunkt zur lähmenden Wirkung liegt, und wie breit etwa diese Phase bis zur irreversiblen Totalerschädigung oder bis zur letalen Dosis ist.

Schimert warnt ebenfalls vor einer Überwertung der Arndt-Schulz'schen Regel als Erklärung des Simile-Effektes und glaubt in dem experimentellen Nachweis der amphotropen Wirkung vieler Mittel auf das vegetative Nervensystem einen Hinweis für die gegensätzliche Wirkung kleiner und großer Dosen gefunden zu haben.

„Es ist experimentell nachgewiesen, daß auf Grund des physiologischen Innervationsantagonismus im autonomen Nervensystem durch kleine und große Dosen eines und desselben Mittels vom jeweiligen Erregbarkeitszustand abhängig entgegengesetzte Wirkungen entstehen können.“

„Einen wichtigen Beitrag für diese Wirkungsmöglichkeiten bedeuten die Arbeiten von Danielopol (48), mit seiner viscerographischen Untersuchungsmethode. Er hat durch einen eng mit der Magenwand korrespondierenden Gummiballon die genaue Peristaltik des Magens und in ähnlicher Weise die der Blase und des Oesophagus aufgezeichnet. Er hat dabei die Wirkung von verschiedenen vegetativen Mitteln in großen und kleinen Dosen beobachtet. Er konnte nachweisen, daß z. B. Atropin in kleinen Dosen die normale Peristaltik des Magens steigert“ (32).

Schimert weist in diesem Zusammenhang auf Versuche am intakten und innervierten Coronarkreislauf am Hunde hin, wo ihm der Nachweis gelang, daß Nikotin sowohl eine Erweiterung als auch eine Verengung der Coronararterien verursachen kann. Dieser Effekt ließ sich willkürlich durch Änderung der Dosierung oder der Reaktionslage steuern. Ebenso konnte er durch Versuche mit dem Carotissinusreflex am Kaninchen zeigen, daß die Blutdruckregulation durch Nikotin sowohl verbessert, als auch verschlechtert werden kann, und zwar eindeutig abhängig von der Dosierung. Am Menschen wurden ähnliche Versuchsreihen mit gleichem Erfolg vorgenommen (32, 49).

Ähnliche Versuche hat Schimert (80) an der von Bergmann'schen Klinik, Berlin, mit Gynergen (*Secale cornutum*) *Gelsemium*, (als *Gelsemium hydrochlor.*), *Sanguinaria*, *Iris versicolor*, Baryum muriaticum und *Belladonna* vorgenommen, mit dem Zwecke, deren Einwirkung auf das periphere Gefäßsystem, besonders auf die Cerebraldurchblutung zu ermitteln. Es wurde die Rein'sche Thermo-Stromuhr am vollständigen Tier bei ungestörtem Kreislauf und erhaltenem Nervensystem benutzt. Die Versuche

wurden an Kaninchen und Hunden durchgeführt. Gemessen wurde die Durchblutung der Carotis interna z. T. direkt, z. T. indirekt, in der Carotis communis mit gleichzeitiger Unterbindung der Carotis externa, so daß im wesentlichen die zum Gehirn gehende Blutmenge gemessen wurde. Der Blutdruck wurde in der A. femoralis gemessen. Dabei wurde u. a. festgestellt, daß *Gelsemium* in größeren Dosen (5—30 mg) zu einer geringen Senkung der Cerebraldurchblutung führt, kleine Dosen führen, besonders nach vorheriger Senkung der Durchblutung zu einer anhaltenden Steigerung der Durchblutung der Carotis interna bei gleichbleibendem oder zurückgehendem Blutdruck. Es wird also durch kleine Dosen mit Sicherheit eine intensive Verbesserung der vorher gesenkten Cerebraldurchblutung durch Gefäßerweiterung erreicht. Die Versuche mit *Iris versicolor* waren nicht so eindeutig, dagegen bei den anderen Mitteln immer wieder reproduzierbar. Besonders wichtig ist offenbar die Tatsache, daß der Effekt immer nur dann eindeutig auftritt, wenn vorher die Funktion geschädigt ist.

„Die gefäßerweiternde Phase eines Mittels, das sonst in großen Dosen Gefäßspasmen erzeugt, kommt nur dann deutlich zum Ausdruck, wenn vorher eine Gefäßdrosselung stattgefunden hat, also gewissermaßen ein krankhafter Zustand vorliegt. Ein Beweis dafür, daß bei der Homöopathie mit Recht eine besondere Empfindlichkeit des kranken Organs gegenüber dem wirklich passenden Mittel angenommen werden darf.“

Es liegen auch schon von anderer Seite ähnliche Erfahrungen vor. So konnte die Abhängigkeit des Erfolges von dem jeweiligen Zustande des Erfolgsorganes auch von pharmakologischer Seite bestätigt werden (vgl. z. B. das Verhalten von *Digitalis* zum gesunden und kranken Herzen).

Vom Standpunkt der wissenschaftlichen Homöopathie ist es von besonderer Wichtigkeit, daß es gelingt, mit genügend feinen Methoden Einzelwirkungen einiger homöopathischer Mittel experimentell nachzuweisen und zu objektivieren, ohne allerdings aus diesen Ergebnissen einen endgültigen Beweis für den Leitsatz „*Similia similibus curentur*“ abzuleiten.

Damit hat Schimert zwar keinen besonderen Beweis für die Ähnlichkeitsregel, aber vielleicht eine Erklärung für die Arndt-Schulz'sche Regel erbracht. Jedenfalls ist hier ein Weg gezeigt, wie man der Lösung dieser Fragen experimentell näherkommen kann. Von Bergmann äußert sich zu diesen Versuchen: „Wenn es gelingt, auf dem Wege der Untersuchung am Tier bei homöopathischen Mitteln nachzuweisen, daß diese auf die Gehirndurchblutung mehrend oder mindernd einwirken, und daß man so für die klinischen Erfolge der Bekämpfung des Kopfschmerzes durch diese Mittel eine experimentelle Grundlage gefunden hat, dann ist, wenigstens für die Mittel, welche Schimert erwähnt, die Kluft zwischen Homöopathie und wissenschaftlicher Medizin geschlossen und Klinik wie Pharmakologie bereichert. Wenn diese Voraussetzungen erfüllt sind, ist die kausal naturwissenschaftliche Forderung der Klinik und Pharmakologie erweisbar und daß dieses, übrigens nicht in der Dosierung der hohen Potenzen, sondern in Mengen, die uns einleuchtend sind, durchführbar ist, ist gerade das, was Schimert anstrebt, der wiederholt gegen die zu geringen Dosen sich ausgesprochen hat. Vielleicht ist es keine große Gruppe der Homöopathen der Gegenwart, die diese Prüfungsform billigt, aber jedenfalls, mag die Gruppe auch klein sein, ist es diejenige, mit der

die Klinik zusammenarbeiten kann. Diese Möglichkeit der Zusammenarbeit, die mir begrüßenswert erscheint, wollte ich unterstreichen, denn wir kommen so auf einen festen Boden.“

Eine häufig angeführte und einleuchtende Erklärung des Simile-Effektes, ist die Auswertung der reaktiven Überleistung des Organismus als Überkompensation bei irgendwelchen Schädigungen.

„Wenn wir nämlich eine Schädigung setzen, so erfolgt auf die Schädigung, solange diese nicht sofort letal ist, eine Reaktion. Bei vielen Erkrankungen ist das, was wir als Krankheitssymptom beobachten können, gerade diese Reaktion auf eine gewisse Schädigung. Wir wissen nun, daß wir diesen Abwehrvorgang, den die Reaktion darstellt, verstärken können, um damit die Heilung zu beschleunigen. Das machen wir, wenn wir eine Entzündungshyperaemie durch Hitze steigern.

Den gleichen Effekt können wir nun hervorrufen, wenn wir eine ähnlich wirkende Schädigung setzen, auf die der Organismus mit den gleichen Abwehrmaßnahmen reagiert, wie sie bei der Erkrankung schon bestehen. Wir wissen, daß der Organismus in solchen Fällen oft überschießend reagiert, also gar nicht im Verhältnis zur Quantität der Schädigung. Das ist gerade in der hyperergischen Phase der Fall, in der sich der Patient bei vielen Erkrankungen befindet. Deswegen genügt eine als Schädigung gar nicht in Frage kommende Dosis zur Weitermobilisierung der Abwehrkräfte. Diese überschießende Reaktionsweise des Organismus ist vielfach bewiesen worden und braucht prinzipiell keine weitere experimentelle Unterstützung, müßte aber jeweils für den Einzelfall bewiesen werden. Man denke nur an die überschießende Bildung von Antikörpern bei relativ schwacher Antigenzufuhr.“ (32)

Eine gewisse Experimentierfähigkeit bekommen diese Erscheinungen, wenn sie sich auf der Basis der Idiosynkrasie, der Sensibilisierung und Desensibilisierung bewegen.

Die Ähnlichkeitsregel

selbst ist seit Hahnemann Gegenstand lebhafter Auseinandersetzungen gewesen. In Tischners Geschichte der Medizin (44) und in Haehls großer Hahnemann-Biographie (50) findet man hierüber alles Wissenswerte in ausgezeichneter Anschaulichkeit und Übersicht zusammengestellt. Da von pharmakologischer Seite Hahnemann's „Grundversuch“ mit der Chinarinde immer kommentarlos als ein Irrtum hingestellt wird, erscheint eine nähere Betrachtung dieses Punktes besonders deshalb notwendig, weil man infolgedessen häufig die Auffassung vertreten findet, daß damit wohl auch das ganze Gebäude der Homöopathie auf einem Irrtum beruhe und ad absurdum zu führen sei. Zuvor sei bemerkt, daß auch große pharmakologische Entdeckungen gemacht wurden, die auf einem Irrtum beruhten und ursprünglich ganz anders gedacht, durch den blinden Zufall dann doch ein wertvolles Ergebnis lieferten¹⁸⁾.

Aber so grundfalsch war Hahnemann's Beobachtung, wiederum doch nicht. Der Behauptung, daß Chinin kein Fieber erzeugen könne, stehen an-

18) Man vergleiche z. B. die Entwicklung des Chloralhydrats (Liebreich, Das Chloralhydrat, ein neues Hypnoticum und Anaestheticum, Berlin 1869) und des Antipyrins (Knorr-Filehne 1884 in Poulsson-Lehrbuch der Pharmakologie, Hirzel-Verlag, Leipzig 1945).

dere Beobachtungen entgegen. So findet man bei Lewin (51, 52) einen ganzen Abschnitt über das Chininfieber. Er schreibt wörtlich:

„Dieses vielbesprochene und umstrittene und vereinzelt sogar aus Unwissenheit geleugnete Chininfieber kommt ziemlich häufig allein oder in Verbindung mit anderen Nebenwirkungen des Chinins, z. B. den Hautausschlägen, vor. Es findet seine Analogie mehrfach bei anderen Fiebermitteln, so daß diese eigentümliche Erscheinung nicht mehr unvermittelt ist und allein steht. Es kann keinem Zweifel unterliegen, daß zu ihrem Auftreten nur eine besondere Individualität die Veranlassung geben kann. Dann rufen schon sehr kleine Chininmengen, z. B. 0,06 g diesen Zustand jedesmal hervor...

Andererseits sind aber auch Fälle beobachtet worden, in denen Chininfieber auch da eintritt, wo die Körperschwächung nicht vorhanden war. Die Selbstbeobachtung von Hahnemann, der nach Einnahme einer größeren Menge Chinarinde von einem kalten Fieber, ähnlich dem Sumpfwechselfieber, befallen wurde, ist deshalb als richtig anzusehen. Der Fieberanfall ähnelt in manchen Fällen einem Wechselfieberparoxysmus: Frost, dann trockene Hitze mit Kopfschmerzen und endlich zum Schluß, unter Sinken des Fiebers, Schweiß. Handelt es sich um einen Wechselfieberkranken, so können beide sich so ähnliche Fieberzustände aufeinander folgen.“

Im Meyer-Gottlieb (56), S. 622, steht wörtlich:

„Nach kleinen Chinindosen steigt die Eigenwärme sogar in nicht seltenen Fällen an. Man kann diese paradoxe (? Verf.) Wirkung auch nach anderen Antipyreticis beobachten; eine Erklärung fehlt.“ (Die Erklärung ergibt sich zwanglos durch die Arndt-Schulz'sche Regel! Verf.) Poulsson (57) schreibt auf S. 211:

„Sehr selten ist die konträre oder paradoxe Wirkung, die Chinin mit anderen Antipyreticis gemein hat und die darin besteht, daß statt des erwarteten Temperaturabfalls heftige, von Frostanfällen begleitete Temperatursteigerungen auftreten.“

Guttman (58) belegt durch reichhaltige Kasuistik die Tatsache des Chininfiebers eindeutig.

„Zum Verständnis der ganzen Frage muß aber noch auf einen anderen Punkt aufmerksam gemacht werden, der bisher übersehen worden ist. Es ist ein Mißverständnis beider Parteien, wenn man das Wort „Fieber“ bei Hahnemann ohne weiteres im Sinne einer objektiv nachweisbaren Temperaturerhöhung verstehen will. Diese kann bei dem Chinaversuch vorhanden gewesen sein, muß es aber nicht. In der damaligen Zeit war das Thermometer noch nicht ein fester Bestandteil der ärztlichen Ausrüstung, es wurde nur selten am Krankenbett zur Sicherung der Diagnose und Kenntnis der Art und Schwere der Erkrankung verwendet.

Der Begriff des Fiebers ist also zu Hahnemann's Zeit nicht so scharf begrenzt wie heutzutage, was, wie wir später sehen werden, auch in der Therapie bei den fiebererzeugenden Mitteln zu beachten ist. Im wesentlichen verstand man darunter jeden Zustand mit allgemeinem Unbehagen, Hitzegefühlen, beschleunigtem Puls, Kälteschauer, heißer Haut usw.; die

objektive Temperaturerhöhung ist kein notwendiger Bestandteil dieses Syndroms und gewiß bei den meisten Medizinalvergiftungen, bei denen Hahnemann das Wort im Einklang mit dem Sprachgebrauch anwendet, nicht vorhanden gewesen. Das in der Tat bei Prüfungen von Chinarinde echte Temperatursteigerungen vorkommen, ist gewissermaßen nur ein „glücklicher Zufall“¹⁹⁾.

Die Behauptung eines Irrtums bezüglich des Chinafiebers ist damit im wesentlichen widerlegt.

Eine viel größere Schwierigkeit liegt in der Problematik des Begriffes „Ähnlichkeitsregel“. Es ist schon im täglichen Leben schwierig, von zwei Dingen sagen zu wollen, daß sie einander ähnlich seien. Wieviel schwieriger fällt der Vergleich eines komplizierten Krankheitsgeschehens mit einem ebenso komplizierten AMB. Das ist auch der Kardinalpunkt der Schwierigkeit der Lehr- und Lernbarkeit der Homöopathie und ihrer praktischen Anwendbarkeit. Darum wird es immer eine der Hauptaufgaben sein, die AML. zu vereinfachen, zu sichten und sie dem Sprachgebrauch der Klinik anzugleichen.

Zur Frage der Hochpotenzen

wurde schon weiter oben Stellung genommen. Als Hahnemann im hohen Alter in den Fehler der Anwendung von Hochpotenzen verfallen war, stand er damit im schroffen Gegensatz zu den überzeugenden Versuchen, die er vordem angestellt hatte²⁰⁾.

Über die Lösung der Hochpotenzfrage hat Donner (36) einen Aufsatz in der A.H.Z. veröffentlicht, in dem er sehr vernünftige Vorschläge gemacht hat und auch verschiedenes von eigenen Versuchen in dieser Richtung mitteilt, die alle negativ ausgefallen sind. Der von ihm gewiesene Weg läßt sich gut mit den hier gegebenen Vorschlägen bezüglich der AMP. vereinigen. Es ist nur erforderlich, daß endlich ernsthaft an die Lösung der Frage herangegangen wird. Jedenfalls muß festgestellt werden, daß alle praktischen Versuche mit Hochpotenzen bisher mißlungen sind, wenn sie mit einwandfreien Kontrollmethoden unternommen wurden.

Schon die Versuche Donners genügen fast als Beweis der Unwirksamkeit der Hochpotenzen. Nicht unerwähnt möchte ich lassen, daß die Verfechter der Infinitesimalgaben, der seit 40 Jahren wiederholt an sie ergangenen Aufforderungen Wapler's ihm einen durch Hochpotenzen geheilten Luesfall zu präsentieren, nicht nachkommen konnten und den Beweis für die Wirksamkeit der Hochpotenzen bei dieser der Suggestionsbehandlung unzugänglichen Krankheit schuldig geblieben sind.

Als einzige deutsche klinische Arbeit mit Hochpotenzen ist eine Veröffentlichung von M. Eidherr (Zschr. d. Vereins d. hom. Ärzte Österr., Wien 1862, Bd. 1) zu erwähnen, in der über die Behandlungserfolge bei Lungenentzündung an 140 Kranken berichtet wird. (Homöop. Krhs. Wien-Leopoldstadt unter Leitung von den recht kritischen Ärzten Wurmb und Watzke). In den Jahren 1850—52 behandelte man dort alle Lungenentzündungen mit

19) Komplizierend tritt zu dieser Frage noch die allgemein wenig bekannte Tatsache hinzu, daß Hahnemann selbst an echter Malaria quartana erkrankt war und dadurch vielleicht besonders empfindlich reagierte. (Vgl. Tischner (44), S. 163.)

20) Vgl. Organon § 121, Fußnote (s. S. 10 u. 11).

der 30. Verdünnung, in den Jahren 1853—55 mit der 6. und von 1856—59 mit der 15. Dezimalverdünnung. Bei der ersten Gruppe war die Lösung der Pneumonie nach 4,9 Tagen vollendet, bei der zweiten nach 6,9 und bei der dritten nach 6,3 Tagen. Ähnlich sind die Ergebnisse in bezug auf das völlige Verschwinden der Infiltration und des Exsudats, sowie auf die Dauer der Rekonvaleszenz und die Zahl der Verpflegungstage. Leider fehlt der Vergleich zum Krankheitsverlauf an anderen Wiener Krankenhäusern in den gleichen Jahren. Auch weiß man nicht, ob die Leitung während der ganzen Zeit in der gleichen Hand war, wieviel Einfluß der jeweilige Hilfsarzt auf die Behandlung und Entlassung hatte usw. Man kann also vom methodischen Standpunkt aus nicht viel mit der Arbeit beweisen; besonders im Hinblick auf die natürliche Heilungstendenz der Pneumonien (vgl. auch Tischner (44), S. 715).

Führt eine neu anzustellende systematische Überprüfung der Hochpotenzfrage wiederum nur zu negativen Ergebnissen, so muß man die Lehre von der Hochpotenzwirkung als irrig fallen lassen. Man kann dann als Schlussergebnis daraus erneut die Erkenntnis gewinnen, daß das Gebiet der „Heilung durch den Geist“ und der natürlichen Selbstheilung sehr groß ist. Es bleibt auch zu erwägen, ob die Hochpotenz vielleicht nicht nur dem Patienten, sondern auch dem verordnenden Arzt ein zur Heilung erforderlicher „Glaubensstützpunkt“ war, der ihn unbewußt befähigte, dem Patienten gegenüber mit der nötigen Sicherheit aufzutreten, durch die eine Suggestivbehandlung bekanntlich erst möglich wird.

Vor einigen Jahren glaubte Heintz (37) einen experimentellen Nachweis der Hochpotenzwirkungen gefunden zu haben. Er veröffentlichte merkwürdige Betrachtungen über das physikalische Verhalten potenziierter Lösungen bezüglich der elektrischen Leitfähigkeit und der Intensitätsveränderungen der Absorptionsbande im ultraroten und ultravioletten Teil des Spektrums. Aber nicht lange darnach erklärte Heintz seine experimentellen Ergebnisse als irrig und zog alle Behauptungen zurück (40).

Homöopathie und Klinik.

Die Hauptaufgabe der Nachprüfung der Homöopathie betrifft natürlich die Frage nach ihrem therapeutischen Wert. Damit kommt man aber aus dem Gebiet des methodischen Experimentes in das unsichere und trügerische Gebiet des Heilerfolges mit der ewigen Frage des „post hoc propter hoc“. Was hier an klarer Reproduzierbarkeit nicht immer möglich ist, muß durch Zuhilfenahme klinischer, statistisch kontrollierter Massenbeobachtungen gesichert werden. Die homöopathischen Erfahrungen beruhen meist auf dem Wissen einzelner homöopathischer Praktiker. Daher kommt es, daß die Homöopathie ihr Wissen sehr oft nur aus einer Vielzahl weitverstreuter Einzelfallveröffentlichungen ableitet. Dem Kliniker ist aus verständlichen Gründen der Einzelfall immer verdächtig, zu subjektiv gefärbt wenn nicht gar wertlos zu sein. Nun kann man den Versuch unternehmen, durch Zusammentragung der Einzelfälle, die von anerkannt kritischen Autoren stammen, den betreffenden Arzneimitteln doch noch zu einer Art therapeutischer Statistik zu verhelfen, wie der Verfasser in seinem „Kompodium“ (3) versucht hat. Das kann aber nur eine Vorarbeit für notwendige klinische Nachprüfungen sein.

In Stuttgart unter Stiegele (53) und seinem Schülerkreis (Schlüter und Unseld), in Berlin unter Donner und seinen Schülern sowie unter Schimert (32) an der Bergmann'schen Klinik, in Bremen unter Schlütz (33) und in Wuppertal-Barmen unter Gessler (34) und Haake (35) sind aber auch in klinischer Richtung bereits sehr überzeugende und kritische Arbeiten geleistet worden.

Da die homöopathisch-klinischen Arbeiten im Schrifttum weit verstreut sind, soll zur Erleichterung künftiger Forschungen das wesentlichste dieser Beobachtungen hier zur Darstellung kommen, zumal das entsprechende Schrifttum nur noch mit größten Schwierigkeiten zusammenzubringen ist. Donner (64) hat das Verdienst, viel Material der amerikanischen klinischen Homöopathie in Übersetzungen auszugsweise veröffentlicht zu haben und sich auch sonst viel um systematische und methodische Fragen der klinischen Prüfung der Homöopathie bekümmert zu haben.

C. Wesselhoeft-(Donner) (65) weist auf unveröffentlichte klinische Serienbeobachtungen Chadwells über *Belladonna*-Behandlung von Scharlach hin. Dieser gab jedem 2. Scharlachfall (Gesamtzahl nicht genannt!) *Belladonna* D3 und fand, daß die Fälle mit *Belladonna* kaum besser abliefen als die, welche überhaupt keine Arznei erhielten. Wesselhoeft (64, 65) selbst hat im Anschluß hieran 227 Scharlachfälle in gleicher Weise beobachtet; davon 113 ohne Mittel und 114 mit Mittel und kommt zu folgendem Schluß:

„Weder *Belladonna* D3 noch Atropin D2 zwei Tabletten zweimal täglich jungen Krankenschwestern ein oder zwei Wochen vor Beschäftigung mit Scharlachkranken gegeben, hat irgendeine deutliche vorbeugende Wirkung gezeitigt.

Belladonna ist selten bei Scharlach angezeigt.

Bei der Beurteilung meiner Statistiken im ganzen muß ich, wenn ich aufrichtig sein will, zugeben, daß meine Arzneiverordnungen in den genannten Serien von Scharlachfällen keinen deutlichen Hinweis darauf ergeben, daß sie den Kranken in irgendeinem erheblichen Maße besonders genützt hätten.“

Über Scharlachprophylaxe mit *Belladonna* arbeitete während einer Scharlachepidemie in Allentown-Pennsylvanien Hoffmann (64), mit gleichfalls negativem Erfolg. Im Zusammenhang mit dieser Arbeit tritt Donner (64, S. 262) mit beweisender Quellenangabe der allgemeinen Ansicht entgegen, daß Hahnemann die Scharlachprophylaxe mit Hochpotenzen von *Belladonna* betrieben habe. Nach seinen Feststellungen hat Hahnemann etwa *Belladonna* D7 — D8 verwendet (s. dort).

Relativ häufig ist an den Kliniken die homöopathische Behandlung der Diphtherie nachgeprüft worden. Donner (64, S. 270) weist auf eine Diphtheriearbeit von Wesselhoeft (Journ. of the Americ. Instit. of Hom., Febr. 1925, S. 103—131) hin (z. Zt. nicht zugänglich), aus der wörtlich hervorgehoben wird:

„Es möge genügen, daß *Mercurius cyanatus* und *Mercurius corrosivus* in leichten Fällen sich ebenso wirksam erwiesen haben, wie das Antitoxin. Alle schweren Fälle in unserer Klinik erhielten Serum in den üblichen Dosen. Die Serien, die wir ohne Serum mit homöopathischen Mitteln allein

behandelten, bekamen keinerlei postdiphtherische Lähmungen. Sie zeigten auch keinerlei Verlauferscheinungen, die man als Folge der Unterlassung der Seruminjektion hätte auffassen können. Alle diese ausgewählten Fälle waren aber unter der genauesten Beobachtung und Antitoxin war immer zur Hand. Nur diejenigen, die durch ein ganz enormes Beherrschen der Arzneimittellehre und durch eingehendste Kenntnis der Natur und des Verlaufes der Diphtherie dazu besonders qualifiziert sind, dürfen den Versuch wagen, ohne Serum auszukommen. Natürlich kann die homöopathische Medikation gleichzeitig mit der Serumtherapie durchgeführt werden. Meine eigene klinische Erfahrung an vielen tausenden Diphtheriefällen erlaubt mir aber noch nicht, Schlüsse über die Grenzen der Homöopathie bei dieser Erkrankung zu ziehen⁽²¹⁾.

Rall (67) berichtet über 122 Fälle von Diphtherie mit kombinierter Behandlung (Serum + 30 Tr. Mercur cyanat. D4 auf ein Glas Wasser, stdl. 1 Schluck) und kommt zu folgendem Ergebnis:

„Das Krankheitsgut der Diphtherie-Erkrankungen, über das wir berichten wollen, ist erfaßt in den Jahren 1936—1939 und betrifft nur gesicherte Diphtheriefälle während einer klinischen Behandlung.

Bei 13 malignen Diphtherie-Erkrankungen haben wir bei Anlegung strenger diagnostischer Maßstäbe nur eine Letalität von 9% unter der Behandlung von Serum + Mercur cyanat. Die Letalität bei 122 Diphtherie-Erkrankungen ohne Rücksicht auf die Schwere der Erkrankung ist nur 0,8% bei obiger Behandlung, während die Letalität der Diphtherie im Land- und Stadtkreis Iserlohn, dem unser Krankenhaus und das Krankengut unserer Diphtheriefälle zugehört, eine Letalität von 2,5% hat. Es handelt sich hier um 1021 gemeldete Di-Fälle mit 25 Todesfällen in den Jahren 1936 bis 1939.“ (Kasuistik s. dort.)

Heß (68) hat 69 Fälle von Diphtherie mit verschiedenen homöopathischen Mitteln in kombinierter Behandlung (= Serum + hom. AM.) beobachtet. Er kommt zu einem auffällig schlechten Ergebnis:

„69 mit Serum und homöopathischen Mitteln (Mercur cyanat., Mercur bijodat., Lachesis und vor allem Acid. nitric. bei maligner Diphtherie) behandelte Fälle hatten eine Gesamtmortalität von 18,6% (demgegenüber nur Serum 11,4%); Von den am 1. und 2. Tag mit Serum gespritzten Fällen starben mit und ohne Homöopathie 0%, während bei den zu spät gespritzten ohne Homöopathie 23% und mit Homöopathie 38,2% starben. Die homöopathischen Mittel zeigten also nur bei den rechtzeitig gespritzten „Erfolge“, während die zu spät gespritzten trotz Homöopathie in einem höheren Prozentsatz starben. Auch bei den malignen Diphtherien waren die homöopathischen Mittel ohne jede Wirkung, was einer persönlichen Mitteilung von Stiegele entspricht. Wenn ich auch bis jetzt bei der klinischen Prüfung die enthusiastischen Angaben der Homöopathen in keiner Weise bestätigen kann, so werde ich die Prüfung doch bis zu größeren Vergleichszahlen fortsetzen.“

21) Verf. hat auf dem Wiesbadener Kongreß 1939 (vgl. Hipp. 1940, S. 1272) zu Reihenversuchen der homöopathischen Diphtherie-Behandlung aufgefordert und als Methode den Vergleich alleiniger Serumbehandlung mit kombinierter Behandlung, d. h. Serumbehandlung und homöopath. Zusatztherapie empfohlen (66). Die Auslassung des Di-Serums ist heute nicht mehr zu verantworten!

Er hat dann ein Jahr später die Untersuchungen abgeschlossen und kommt zu nachstehender Schlußfolgerung:

- „1. Die von homöopathischer Seite bisher ohne alle verwertbaren Unterlagen behaupteten Erfolge ihrer Di-Behandlung wurden nicht bestätigt.
2. Weder bei toxischen, noch bei ungenügend oder zu spät mit Serum Behandelten ist durch zusätzliche homöopathische Mittel mehr zu erreichen als ohne diese.
3. Schier hat kein Recht zu der ... Behauptung vom Wert der homöopathischen Mittel für die Behandlung der Di im Vergleich zur Serumbehandlung.
4. Es wäre Sache der Homöopathen, ihre großen Erfolge — ohne Todesfälle! — so zu belegen, wie es in der medizinischen Literatur üblich ist. Vorläufig muß ich eine zusätzliche homöopathische Behandlung bei Di als überflüssig und wertlos ablehnen.“

Diese Veröffentlichung blieb nicht unwidersprochen.

Schwarzhaupt entgegnet in einer Arbeit (69) erst einmal mit einer Fragestellung, um dann später (70) ausführlich zu den Untersuchungen Stellung zu nehmen.

„In den Versuchsreihen über die Heß berichtet und die in zwei Abschnitte zerfallen, wurde kein Fall ohne Serum behandelt. Die Serummenge betrug regelmäßig 500 I.E. pro kg Körpergewicht und mehr, teilweise auf einmal, teilweise fraktioniert intramuskulär, „in schweren Fällen z. T. intravenös und intramuskulär gespritzt und weiter je nach Befund täglich Serum.“

Die Allgemeinbehandlung war die übliche, unterschied sich in den wesentlichen Punkten nicht von der auch sonst gebräuchlichen. Der Kreislauf und das Herz wurden unter E.K.G.-Kontrolle mit Coffein, Coramin, Strophanthin usw. im erforderlichen Falle angegangen. Nach der ersten Mitteilung von Heß wurden bedrohliche Fälle auch mit C-Vitamin und Cortexpräparaten behandelt. In einem Zeitraum von 17 Jahren, in dessen zwei letzten Jahren auch die Versuche mit homöopathischen Mitteln fallen, wurden 1045 Fälle behandelt, von denen 71 starben, was einen Hundertsatz von 6,4 Todesfällen ausmacht. Davon wurden 491 Fälle in den ersten beiden Krankheitstagen eingeliefert, von denen 6 starben (= 1,2%). 554 Fälle bekamen erst nach 48 Stunden Serum. Hiervon starben 65 Fälle = 11,7% (darunter wurden 41 schon moribund eingeliefert, von denen noch 20,2% starben).

Bei den frühzeitig, also den in den ersten 48 Stunden mit Serum behandelten Fällen, finden sich weder bei den ohne noch bei den gleichzeitig mit homöopathischen Mitteln behandelten Erkrankten Todesfälle. Diese Fälle müssen also für einen Vergleich vollkommen ausscheiden. Sie zeigen nur, daß frühzeitige Serumgaben von ganz wesentlichem Einfluß auf den Verlauf der Krankheit sind.

Wollte man den Wert der homöopathischen Mittel wirklich prüfen, so müßte man auf der anderen Seite den Mut aufbringen, ohne Serum, nur

mit richtig gewählten und richtig dosierten homöopathischen Mitteln in richtiger Gabenfolge gleich bei Beginn der Krankheit zu behandeln⁽²²⁾.

„Die Gesamtstatistik der Di-Fälle, die Heß in den Jahren 1925—1942 behandelt hat, in Vergleich gesetzt mit den zwei Versuchsreihen der Fälle, die er mit Serum und homöopathischen Mitteln behandelte, fördern sehr interessante Tatsachen zutage:

1. Überwiegt die Zahl der rechtzeitig Gespritzten in den letzten 1¼ Jahren, welche die beiden Versuchsreihen umfaßt, um ein Beträchtliches die Zahl der zu spät Gespritzten. Trotzdem bleibt die Mortalität bei 6,7% resp. 6,3% gegenüber 6,4% der Gesamtstatistik. Wie kommt das? Man könnte folgern, daß sich hier zunächst die ungünstigeren Ergebnisse der Therapie mit Serum und homöopathischen Mitteln auf das Ergebnis auswirkten. Das ist aber nicht der Fall, weil diese Fälle ja auch in der Gesamtstatistik enthalten sind, dann aber die beiden vergleichenden Versuchsreihen zeigen, daß die nur mit Serum behandelten Fälle in den Jahren 1941/42 steigende Mortalität aufweisen, nämlich 7,9 resp. 8,9%. Es läßt sich also sagen, daß die Di in den letzten Jahren an Schwere zugenommen hat, wie auch aus einer Reihe anderer neuerzeitlicher Mitteilungen hervorgeht.
2. Die Todesfälle der mit Serum und homöopathischen Mitteln Behandelten sind jeweils um das Dreifache prozentual gesehen größer als die nur mit Serum Behandelten bei den zu spät Gespritzten. Wie soll man das verstehen? Hier ist doch etwas passiert! Diese Dinge kommen doch nicht von ungefähr!

Gewiß kann dieses Ergebnis z. T. daran liegen, daß sich in der zweiten Versuchsreihe bei den mit Serum und homöopathischen Mitteln Behandelten 25% mehr toxische Diphtherien befanden als bei denen, die nur mit Serum behandelt wurden. Das belastet die Statistik in etwa! In seiner früheren Veröffentlichung (Münch. Med. Wschr. 1942, Nr. 13, S. 296 gibt Heß an, daß bei der ersten Versuchsreihe das Verhältnis 18,6% (mit homöopathischen Mitteln Behandelte) zu 11,4% (nur mit Serum behandelte Fälle) betrug. Die Mortalität ist also hier um 30% größer. Wieviel toxische Fälle bei der ersten Versuchsreihe mit und ohne homöopathische Mittel behandelt wurden, ist nicht angegeben. In dem Gesamtergebnis zeigt sich, daß die Mortalitätsziffern, an sich betrachtet mit homöopathischen Mitteln bei gleichzeitig schulgerechter Behandlung etwa 60% größer sind als die der nur schulgerechten Behandlung. Selbst, wenn man diese Zahl um die Ziffer der toxischen Diphtherien bereinigt, so ergibt sich kaum ein Unterschied. Also bei der toxischen Diphtherie hat die rein schulgerechte Therapie fast in der gleichen Verhältniszahl versagt wie die mit Homöopathie zusammen geführte.“

Schwarzhaupt kommt bei den verschiedenen Fragestellungen zu einer Überlegung, die wegen ihrer Wichtigkeit für weitere derartige Ver-

22) Diese Forderung ist, rein wissenschaftlich gesehen, verständlich, muß aber, da es sich um höchst bedenkliche Versuche am Menschen handelt, aus verantwortlichen Gründen abgelehnt werden. Man sollte eher fordern, daß mit langsam verringerten Serumgaben und vorsichtigeren Dosierungen der homöopathischen Mittel vorgegangen wird. Man wird bei kombinierter Behandlungsmethode nicht mit Mercur. cyanat, oder Mercur. bijot. D 3 (!) beginnen, sondern mit D 6 und dann Reihen mit D 5 und evtl. D 4 ansetzen, wenn man den Einwänden Schwarzhaupt's Rechnung tragen will.

suchsreihen grundsätzlich Beachtung verdient. Er knüpfte an Kleinschmidt (71) an und diskutierte die Frage der großen und mittleren Di-Serumdosen im Zusammenhang mit dem Allergieproblem:

„Wenn wir aber die Schwere einer Di-Infektion von dem Grad eines allergischen Hyperergismus her sehen lernen, kommen wird notgedrungen an die Frage der Dosierung des Serums heran. Es fragt sich dann, ob die Dosierung des Serums in der schulüblichen Form: 500 I. E. auf 1 kg Körpergewicht und mehr je nach der Schwere des Falles, u. U. sogar intravenös nicht ein entschiedenes Zuviel bedeutet. Solche Dosen müssen die allergische Reizbarkeit steigern, also den Infekt verschlimmern, das Wachstum der Bakterien, mithin auch die Toxinbildung begünstigen. Das gilt nicht nur beim von vornherein toxischen Di-Fall, sondern auch beim „Zuspätgespritzten“, bei dem der Infekt schon zu einem gesteigerten allergisch-hyperergischen Zustandbild geführt hat. Die hohen Serumdosen stehen unter diesem Gesichtswinkel also der Forderung Kleinschmidt's, die natürlichen unspezifischen Abwehrkräfte günstig zu gestalten, diametral gegenüber. Denn eben Kleinschmidt sagt ja auch — wir behaupten mit Recht — daß „nicht der Antitoxingehalt des Körpers maßgebend ist, ob ein Mensch und wie schwer er an Diphtherie erkrankt. Warum also diese großen Mengen Antitoxin, wenn sie auf der anderen Seite die natürlichen Abwehrkräfte lähmen? Hier liegt sicherlich die Ursache für das bisweilen beängstigende Versagen der Serumtherapie bei schweren, toxischen oder zeitlich vorgeschrittenen Diphtheriefällen.

Kommen nun zu diesen hohen, nach unseren Ausführungen kontraindizierten Serumdosen noch Medikamente hinzu, die, wie die Homöopathen behaupten, wirkungsspezifischen Charakter haben und an gewisse Allergievorgänge im Organismus anknüpfen (siehe hierzu die Beobachtungen von Rall mit *Rhus tox.* beim Rheumatismus), so wird der Hyperergismus noch um eine wesentliche gesteigert. Das Abgleiten von einem anergischen in einen dysergischen Zustand im Abwehrkampf gegen die Krankheit ist bei der Summation Serum plus wirkungsspezifisches (= homöopathisches) Mittel in einem weit gesteigerten Ausmaß und Tempo die Folge. So allein kann man die auffällige Tatsache erklären, daß die „symbolischen“ homöopathischen Medikamente in den Versuchsreihen von Heß zu einer so verheerenden Steigerung der Mortalität führten.

Heß' Versuche lassen erkennen, daß in der Annahme, alle homöopathischen AM. seien von vornherein harmlos und ungefährlich, überdosierte wurde, und daß er dadurch zu diesem schlechten Ergebnis gekommen ist. Seine Schlußfolgerung müßte auch von seinem Standpunkt gesehen nicht lauten: „Weder bei toxischen, noch bei ungenügend oder zu spät mit Serum Behandelten ist durch zusätzliche homöopathische Mittel mehr zu erreichen als ohne diese“, — sondern: „Durch Zusatz von Mercur. cyan. oder bijod. D 3 steigt die Mortalität!“ Heß hat damit die spezifische Wirkung dieser Mittel für die Diphtherie unwillkürlich nachgewiesen. Er hat sich aber im Sinne der Arndt-Schulz'schen Regel im Gebiet der schädigenden Phase bewegt. Mit D 5 oder vorsichtiger Verabreichung von D 4 hätte er bessere Resultate gesehen.

Aus dem Dargelegten ergibt sich nun die Forderung, zu prüfen ob

1. kleine Serummengen bei zu spät eingelieferter oder schwerer resp. toxischen Di-Fällen bei gleichzeitig zweckentsprechender biologischer Therapie die Erfolge nicht verbessern;
2. homöopathische Mittel bei kleinen Serummengen und gleichzeitiger biologischer Therapie die Erfolgszahlen bei den genannten Fällen ebenfalls beeinflussen;
3. homöopathische Mittel bei völligem Verzicht auf Serumgaben bei gleichzeitiger biologischer Therapie in leichten, schweren und toxischen Fällen das Krankheitsbild, wie immer wieder behauptet wird, günstiger beeinflussen. Diese Frage wurde noch nie praktisch nachgeprüft. Vorher kann man aber ihre praktische Nutzenanwendung nicht verurteilen, wenn man wissenschaftlich aufrichtig bleiben will.“ Vgl. ²²⁾ Verf.!

Im gleichen Heft (D. Z. f. H. 1944, S. 91) schreibt auch Schier eine Entgegnung, aus welcher lediglich der Abschnitt über die Dosierungsfrage herausgehoben sei, in dem er gegen den Begriff „symbolische medikamentöse Therapie“ argumentiert:

„Heß entschuldigt sich, daß er sich überhaupt mit einer „symbolischen medikamentösen Therapie“ wie der homöopathischen beschäftigt habe. In seinen Versuchen gab er durchschnittlich bei mehrjährigen Kindern von Mercur. cyan. oder bijod. D 3 stündlich 10 Tropfen, evtl. auch nachts; das sind in 20 Stunden 200 Tropfen, oder 10,0; je 1,0 der D 3 aber enthält 0,001; 10,0 demnach 0,01, während die Maximaldosis pro die für einen Erwachsenen 0,06 beträgt.

Man kann eigentlich nicht von einem „negativen Ergebnis“ reden, sondern Heß muß zugeben, daß sich ein geradezu „erschreckend positives Ergebnis“ gezeigt hat. Deshalb verdient Schwarzhaupt's Ermahnung zur Vorsicht für weitere Versuche dieser Art unbedingte Beachtung.“

Von homöopathischer Seite stehen diesen negativen Ergebnissen viele Arbeiten mit positivem Resultat gegenüber, sollen aber, da sie zumeist den ärztlichen Allgemeinpraxen entstammen, hier unter den klinischen Arbeiten nicht genannt werden.

Eine weitere klinische Veröffentlichung findet sich bei Conrad Wesselhoeft (64, S. 271) über Mumps. Im Weltkrieg 1914–1918 wurden 428 Marineangehörige mit Mumps im Krankenhaus homöopathisch behandelt. Es fand sich keine besonders günstige Beeinflussung bezüglich der Komplikationen. Orchitis trat in 28% der Fälle ein. Diese Prozentzahl ist sehr hoch, entspricht aber der der übrigen militärischen Statistiken. In der Literatur findet sich eine Zusammenstellung von 8153 Fällen mit 18% Orchitis.

Wesselhoeft (64, 73ff.) macht dann Versuche mit Plumbum aceticum D 3. Unter 67 so behandelten Fällen fand sich nur einer mit Hodenentzündung, die bereits am 3. Tage nach der Krankenhausaufnahme auftrat. Weiterhin bekam diese Serie keine anderen Komplikationen.

Eine Arbeit von Bergmann (A. H. Z. 1938, Bd. 185) über etwa 60 Fälle von Mumps scheint mir als wissenschaftliche Grundlage nicht brauchbar und entstammt auch Beobachtungen aus der homöopathischen Allgemeinpraxis, die hier absichtlich nicht bearbeitet werden.

In einer klinischen Übersicht über die Keuchhustenbehandlung schreibt Wesselhoeft (64, S. 272):

„Veranlassung zur Veröffentlichung einer Abhandlung über die homöopathische Behandlung des Keuchhustens gaben mir meine Mißerfolge im Krankenhaus. In dieser Abhandlung („New England Medical Gazette“, 1917) verifizierte ich die Symptome der Arzneimittel, die von autoritativer Seite empfohlen worden waren. Meine Untersuchungen ergaben, daß *Corallium rubrum*, *Coccus cacti*, *Drosera*, *Apomorphinum* und *Zincum* keine homöopathischen Beziehungen zum Keuchhusten haben. Ich möchte nachdrücklich darauf hinweisen, daß die tatsächliche Prüfung von *Corallium rubrum* auch nicht im geringsten Grade Erscheinungen hervorrief, die irgendwie für Keuchhusten sprechen könnten. Der „Schnellfeuer-Husten“ findet sich weder in Allen's Encyclopaedie, noch in der Cyclopaedia of Drug Pathogenesis von Richard Hughes. Elf von dreizehn Kapazitäten empfehlen *Drosera*, aber keines seiner wirklichen Symptome spricht für Pertussis. Demnach beruht die Anwendung von *Corallium rubrum* und *Drosera* bei Keuchhusten nicht auf dem Ähnlichkeitsgesetz (sondern auf klinischen Empfehlungen! Donner). Diese Nachforschungen erklären mir nun deutlich die Mißerfolge, die ich in meiner Klinik bei Anwendung dieser Mittel hatte. (? — der Referent). Die Mittel, die wirklich homöopathisch sind für eines oder mehrere Stadien des Keuchhustens, sind: *Aconitum*, *Ipecacuanha*, *Belladonna*, *Cubrum* und *Magnesim phosphoricum*. Von diesen ist *Ipecacuanha* am häufigsten indiziert. Nach meinen Erfahrungen läßt die angezeigte Anwendung in der 3. Dezimale früh bei Beginn der Erkrankung die Krankheitsattacke milder und kürzer verlaufen. Im 2. Stadium gegeben, hat es sehr häufig den Husten gebessert und das Erbrechen verhindert. Hatte der Patient aber vorher Opiate bekommen, dann blieb *Ipecacuanha* wirkungslos. In diesen Fällen sah ich Gutes von *Belladonna* D 6 zwei Tage lang und darnach erst Einnahme des indizierten Mittels.“

Andererseits hat Heinz (72) bei Prüfungen mit *Drosera* an seinen Studenten Katarrhe der oberen Luftwege reproduzieren können.

Schilsky und Bayer (74) haben am Kinderkrankenhaus Hamburg-Rothenburgsort vergleichend Keuchhustenbehandlung an 170 Kindern durchgeführt, indem sie alternierend ohne besondere Auswahl je eines allopathisch und das andere homöopathisch behandelten. Als Maßstab des Vergleichs diente die tägliche Anzahl und Stärke der Keuchhustenanfälle. Ein Keuchhusten wurde für beendet erklärt, wenn die Anfälle nur noch als leichte Keuchhustenattacken notiert waren. Es ist bei diesem Versuch kein eindeutiges Ergebnis erzielt worden. An der Dauer des Keuchhustens und an dem Auftreten von Komplikationen konnte kein Unterschied festgestellt werden. Erwähnenswert sind noch die abschließenden Betrachtungen der Arbeit über das Vorgehen bei künftigen Untersuchungen gleicher Art:

„Es würde sich empfehlen, einen solchen alternierenden Behandlungsversuch auf einen größeren Zeitraum auszudehnen. Man würde dadurch einmal größere Vergleichszahlen erhalten und würde außerdem vielleicht einen wechselnden Genius epidemicus zu fassen bekommen.“

Dann wäre es empfehlenswert, die beiden Behandlungsgruppen räumlich zu trennen, ohne sie aber einem verschiedenen Beobachtungspersonal

zu unterwerfen. Auch erscheint es zweckmäßig, frisch zur Aufnahme kommende Keuchhustenpatienten, die noch im Anfangsstadium ihrer Erkrankung sind, nicht mit Kindern zusammen zu bringen, die sich bereits im abklingenden Stadium eines Keuchhustens befinden.

Es wäre möglich, daß die Beobachtung solcher Vorbedingungen einen anderen Verlauf bei den einzelnen Kindern ergäbe. Zur Durchführung dieser Vorsichtsmaßregeln gehört allerdings sehr viel Zeit und Raum.“

Auffällig an dieser Veröffentlichung ist die fehlende Angabe über die Potenzhöhe der verabfolgten homöopathischen Mittel. Schilsky ist im Schrifttum als „Hochpotenzler“ bekannt. So findet man bei ihm in der D. Z. f. H. 1942, H. 3, S. 89, die Empfehlung „*Drosera* C 15 (also D 30!) alle Tage eine Gabe“ und „*Carbo vegetab.* C 15 (= D 30!) 20 Korn (also Globuli, etwa D 31 — D 32) in einem Grogglas Wasser alle 2 Stunden einen Schluck.“ Er schreibt dort wörtlich: „Während ich sonst bezüglich der Potenz einen durchaus liberalen Standpunkt einnehme, glaube ich hier auf der hohen Potenz bestehen zu müssen. Die tiefe Verreibung wirkt nach meiner Erfahrung nicht“²³⁾. Es ist anzunehmen, daß hier der Hauptgrund für das Versagen der Hamburger Versuchsreihe liegt. Darüber hinaus ist auch die qualitative Arzneimittelwahl nicht die glücklichste gewesen.

Donner (75) teilt die Arbeit aus dem Journ. of the Americ. Inst. of Homöop., Sept. 1938 mit, die unter Leitung von Prof. Simonson an der Kinderklinik des New York Medical College and Flower Hospital entstanden ist. Es wurden dort vergleichende Untersuchungen an 846 Kindern mit Erkrankung der oberen Luftwege vorgenommen. Die Arbeit wird als wissenschaftlich sehr kritisch bewertet. Allerdings fällt etwas unangenehm auf, daß die Zahlenangaben bezüglich der verschiedenen Summen recht ungenau sind. Da die Arbeit z. Zt. nicht zugänglich ist, kann nicht festgestellt werden, wo der Fehler liegt. Nach Addition der Einzelgruppen ergeben sich 894 untersuchte Fälle. Es wurden folgende Behandlungsarten nebeneinander beobachtet:

1. mit Ephedrin
2. mit kolloidalem Silber
3. mit kolloidalem Silber plus Ephedrin
4. mit alkalisierender Diät
5. mit homöopathischer Behandlung allein
6. mit kombinierter homöopathischer und lokaler Behandlung
7. mit Pseudoarznei.

Dabei gelangte man zu folgenden Ergebnissen:

- I. Beim akut fieberhaften Schnupfen zeigten sich in sämtlichen Serien keine Unterschiede in der Behandlungsdauer.
- II. Bei akuter Rhinopharyngitis ergaben sich Heilungen in 2 Wochen bei
 - 76% der Kinder, die nur das homöopathische Mittel bekamen;
 - 73% der Kinder, die nur Placebo bekamen;
 - 62% der Kinder, die alkalisierende Diät erhielten;

²³⁾ Als Fußnote findet man in der Arbeit (74, S. 548) einen Hinweis auf eine amerikan. Klinikbeobachtung von Norton über 74 homöopathisch behandelte Pertussiskinder, von denen keines starb. Ref., Berl. hom. Zschrft. 1884.

- 52% der mit Ephedrin lokal behandelten Kinder;
- 39% der Kinder, die Ephedrin plus Silberlösung bekamen;
- 28% der Kinder, die Silberlösungen in die Nase geträufelt erhielten;
- 19% der Kinder, die Nasenöle eingeträufelt bekamen.

III. Bei akuter Nebenhöhlenentzündung waren nach 3 Wochen vollkommen symptomfrei:

- 85% der nur homöopathisch behandelten;
- 75% der mit Ephedrin behandelten;
- 72% der Placebokontrollen;
- 72% der diätisch ernährten;
- 68% der mit kolloidalem Silber plus Ephedrin behandelten;
- 63% der mit kolloidalem Silber lokal behandelten;
- 50% der mit Nasenölen behandelten.

Hier zeigt sich ein wesentlicher Vorsprung der homöopathisch behandelten Kinder gegenüber den mit anderen Methoden oder rein exspektativ behandelten.

IV. Bei chronischer Rhinopharyngitis waren nach einem Monat geheilt:

- 87% die nur Homöopathie erhielten;
- 87% die Homöopathie plus lokale Behandlung erhielten;
- 80% der kolloidalen Silber plus Ephedrin-Fälle;
- 62% der Ephedrin-Fälle;
- 53% der alkal. Diätfälle;
- 52% der Placebokontrollen;
- 46% der Nasenölbehandelten;
- 43% der kolloidalen Silberfälle.

V. Bei chronischen Nasennebenhöhlenentzündungen kamen 72% von 124 therapierefraktären Fällen schließlich nach homöopathischer Behandlung zur Heilung.

Zusammenfassend wird gefolgert:

1. daß homöopathische Mittel wirksam sind;
2. aber auch, daß die zuwartende Behandlung ohne Arzneien eine Erfolgsquote ergibt, die viel höher ist, als man gemeinhin denkt;
3. daß viele therapeutische Maßnahmen, schlechtere Ergebnisse zeigten, als wenn man nichts unternommen hätte. Dies trifft nach den Ergebnissen der referierten Arbeit vor allem für die lokale Behandlung der Nasen-, der Nebenhöhlen- und Rachenkatarrhe mit arzneihaltigen Paraffinölen zu, zumindest in der Kinderpraxis.

Leider fehlen nähere Angaben über die Art und Konzentration der verwendeten homöopathischen AM.

Am Krankenhaus Wuppertal-Barmen wurden von Haake (76) im Zeitraum von 4 Jahren 70 Fälle von Gelenkrheumatismus homöopathisch behandelt und vergleichend gegenüber der antipyretischen Behandlung ausgewertet. Hauptsächlich fanden *Bryonia* D2 und D3, *Spiraea ulmaria* Φ und *Phytolacca decandra* D1 Anwendung. Vereinzelt waren gemäß dem Krankheitsbild Sulfur D6 und Lachesis D8 — D10 gegeben worden. Von den 70 Fällen waren 13 normal verlaufende akute Polyarthritiden und

57 waren Fälle mit primär protrahiertem Verlauf, die zum Teil schon längere Zeit vergebliche Vorbehandlung von Allgemeinpraktikern erfahren hatten.

„Abschließend kann festgestellt werden, daß die homöopathische Behandlung des akuten Gelenkrheumatismus schonender, gefahrloser und angenehmer ist als die übliche antirheumatische der wissenschaftlichen Medizin. Die homöopathische Methode verdient beonders den Vorzug bei den protrahiert verlaufenden Fällen. Sie schützt weitgehend vor Rezidiven. In der Schmerzbeeinflussung erweist sie sich der schulmäßigen und der ausschließlich naturheilerischen ebenbürtig, teilweise überlegen und entbehrt dabei störender Nebenwirkungen. Die Dauer der Arbeitsunfähigkeit ist bei rechtzeitiger homöopathischer Behandlung eher kürzer. Komplikationen von seiten des Herzens und Kreislaufs scheinen seltener zu werden. Die Pflege gestaltet sich einfacher und leichter.

Ein späteres Ziel solcher therapeutischer Arbeiten muß sein, festzustellen, welcher Behandlungsart im Einzelfall der Vorzug zu geben ist. Wir halten es für wahrscheinlich, daß eine Vereinigung von homöopathischer Arzneibehandlung mit naturheilerischen Anwendungen noch günstigere Aussichten bietet und einen Verzicht auf die antirheumatischen Mittel der allopathischen Medizin weitgehend möglich macht.“

Haake nimmt in dieser Arbeit zu einer Veröffentlichung von v. Pein (77) aus der Medizinischen Klinik Freiburg i. Br. (Unter Prof. Dr. Bohnenkamp) Stellung, der bei vergleichender allopathisch-homöopathischer Behandlung zu einem für die Homöopathie günstigen Ergebnis gekommen ist, um bei Fortsetzung der Versuche, dann zum gegenteiligen Urteil zu gelangen. Im gleichen Band der Zeitschrift „Hippokrates“ findet man auf Seite 695 und 696 eine diesbezügliche Diskussion.

Eine wenig überzeugende Arbeit hat Richert (78) über vergleichende allo- und homöopathische Behandlung der Lungenentzündung aus dem Stuttgarter Homöopathischen Krankenhaus veröffentlicht. In den Jahren 1925—1937 wurden dort 27 Lobär- und 18 Herdpneumonien aufgenommen. Richert betont selbst, daß das Material zu klein sei, um daraus sichere Schlüsse zu ziehen. Zu bedenken ist auch noch, daß die Kasuistik sich auf einen sehr ausgedehnten Zeitraum (12 Jahre) bezieht, was ihren Wert infolge der verschiedenartigen Bearbeiter sehr herabmindert. „Vorbehaltlich der Bestätigung durch Untersuchungen größeren Ausmaßes“ schreibt Richert, „läßt sich aus der vorliegenden Arbeit die Folgerung ziehen, daß die homöopathische Behandlung der Lungenentzündung einen gleichwertigen Platz neben anderen als erfolgreich allgemein anerkannten Methoden beanspruchen kann.“

Beobachtungen über die homöopathische Pneumoniebehandlung sind durch die Einführung der Sulfonamidtherapie ziemlich nebenrangig geworden; denn da, wo sich eine spezifische eindeutig überlegene Behandlungsmethode findet, hat die Homöopathie ebenso wie andere weniger sichere Methoden, das Feld zu räumen. Höchstens zu Notzeiten, wenn aus technischen Gründen Mangel an spezifischen Medikamenten herrscht, kann sie dann als willkommener Notbehelf wieder eingesetzt werden.

Spiethoff (79) berichtet anlässlich einer Dermatologentagung, daß er seit 5 Jahren Versuche mit homöotherapeutischen Mitteln mache und neben Mißerfolgen viele gute Erfolge sah, und diese bei Fällen, die durch andere Methoden nicht zu heilen waren. Erfolge wurden gesehen bei chronischer Urticaria, symptomatischen Erythemen, Salvarsandermatitis, Phlebitis, bei Beschwerden von Varizen, Varikozele, chronischer Purpura, Epididymitis, Erkrankungen der weiblichen Adnexe, Cystitis, Cystopyelitis, Rosacea, Blutwallerungen, Enuresis nocturna, Pollutiones nimiae, Salvarsan-Nebenerscheinungen. „Die Brücke zu den Lehren Hahnemann's ist für uns das Arndt-Schulz'sche Reizgesetz, das uns heute manches aus der Hahnemann'schen Lehre verständig erscheinen läßt, dem wir früher verständnislos gegenüberstanden. Die Beschäftigung mit den homöotherapeutischen Lehren ist jedem Reiztherapeuten dringend zu empfehlen; sie sind geradezu als die „hohe Schule“ der Reiztherapie zu bezeichnen, mag man reizen, womit man will.“

In diesem Zusammenhang sei auf eine Arbeit aus der Homöopathisch-Biologischen-Klinik der Krankenanstalt Bremen von Bruker-Schlütz (81) hingewiesen, in der über die kombinierte biologische und homöopathische Behandlung bei 60 Fällen von chronischem Ekzem berichtet wird, die viele andere erfolglose Behandlungen hinter sich hatten und schließlich doch noch geheilt werden konnten. Leider fehlt der Arbeit eine systematische, klinische Auswertung, so daß im einzelnen auf den Originaltext verwiesen werden muß.

Schier (82) hat zusammen mit Guttentag an der Frankfurter med. Universitäts-Klinik unter Prof. Volhard und an der Frankfurter Hals-, Nasen-, Ohren-Poliklinik unter Prof. Voß homöopathische Behandlungen mit offenbar gutem Erfolg betrieben. Auch dieser Arbeit fehlt die systematische Auswertung und die Einheitlichkeit, um daraus richtunggebende Schlüsse zu ziehen. Die diffuse Kasuistik ist im übrigen durchaus lesenswert.

G. Schimert jr. (92) hat an der II. med. Univ. Klin. Berlin unter v. Bergmann aufschlußreiche Versuche mit minimalen Kupferdosen bei Asthma bronchiale vorgenommen. Ausgehend von der Tatsache, daß in der Homöopathie schon lange bei Krampfhusten (Asthma bronchiale, Pertussis, chron. Bronchitis und Bronchiektasien) kleine Kupferdosen (Cuprum metall. oder Cuprum acet. D 4 — D 6) per os mit relativ gutem Erfolg gegeben werden, ist er zwecks genauerer Dosierung zur Injektionsbehandlung mit Kupfer übergegangen. Die angewendeten Mengen bewegen sich zwischen 1—10 Gamma bei wöchentlich 1—2 Injektionen (später größere Abstände). Als Präparate fanden Cupridium und Cupridium forte von der Fa. Dr. Willmar Schwabe, Leipzig, Anwendung. Cupridium forte kommt nur als Versuch für die Fälle in Frage, die auf Cupridium noch nicht reagiert haben. Von 50 behandelten und längere Zeit beobachteten Fällen kam es bei 40% zum völligen Verschwinden der Anfälle, bei weiteren 34% wurde eine erhebliche Besserung erzielt. Die beschwerdefrei gewordenen Patienten sind zum großen Teil über 1—1½ Jahr seit Abschluß der Behandlung in Beobachtung geblieben, ohne daß sich wieder Anfälle zeigten.

Verf. hat die gleichen Beobachtungen an der Homöopathischen Poliklinik Leipzig und in der eigenen Praxis machen können. Schwere Fälle, besonders von Asthma an dem Jugendliche von Kindheit an litten, die täglich

oft mehrere Anfälle hatten und aus der Dyspnoe kaum mehr herauskamen, wurden nahezu geheilt. Während sie sonst laufend von Räucherpulvern, Atropin, Ephedrin u. a. Mitteln abhängig waren und von diesen kaum noch beeinflußt wurden, sind sie durch wenige Injektionen von Cupridium 0,3 bis 1,0 ccm sc. sehr schnell anfallsfrei geworden. Nach zweimonatlicher Behandlung werden sie nur noch nach dem nächsten Anfall wieder bestellt. Die Intervalle betragen bei den ganz schweren Fällen zwar immer noch 6 bis 8 Wochen, doch handelt es sich nur um ganz leichte Anfälle. Jedenfalls läßt sich das traurige Los vieler Asthmatiker mit dieser Behandlung weitgehend bessern.

Im Gegensatz zu der bisher fast ausschließlich palliativen Behandlung des Asthma bronchiale, liegt hier offenbar eine kausale Therapie vor, indem durch systemspezifische Wirkung auf das Retikuloendothel erhöht Antikörper gebildet werden, welche die Allergielage der Kranken verbessern (vgl. v. Bergmann, Funktionelle Pathologie, Berlin 1936, Verlag Jul. Springer und Danopoulos Zschft. exp. Med. 103, 212 (1938). Auffällig ist auch die Tatsache, daß die Eosinophilie unter der Behandlung anscheinend regelmäßig zurückgeht.

Daß die Behandlung mit kleinen Kupferdosen eine homöopathische ist, beweist die ständige Beobachtung, daß man bei zu starker Anfangsdosierung, fast mit Sicherheit Erstverschlimmerungen erzeugen kann. Der Allergiker, besonders der Asthmatiker reagiert auf Cuprum außerordentlich empfindlich. Die perorale Therapie mit Cuprum aceticum oder Cuprum metall. D 4 ist bei weitem nicht so zuverlässig wie die Injektionsbehandlung. Jenseits der 40er Jahre scheint die Beeinflußbarkeit der Asthmatiker durch Cuprum stark nachzulassen, vor allem wenn es sich um veraltete Fälle handelt.

K. Halter (93, 94) behandelte 19 Fälle von Alopecia areata an der Univ. Hautklinik Breslau mit kleinen Thalliumdosen (Thallium acet. D 6 und D 10) mit teilweise sehr gutem Erfolg. Von zufälligen Remissionen konnte bei diesen Fällen kaum gesprochen werden. 5 von 19 Fällen reagierten nicht. Die Behandlung erstreckte sich auf 1—2 Monate dauernde Thalliumgaben von tgl. 1 Tbl. (meist D 10) und ebensolange Zwischenpausen; Gesamtdauer bis zum günstigen Endzustand etwa 9—12 Monate. Teilweise wurde Höhen-sonne zusätzlich verwendet.

Verfasser weist darauf hin, daß er bereits 1940 allein auf Grund toxikologischer Überlegungen zu einem Versuch mit Thallium D 8 — D 10 bei der Alopecia areata aufgefordert hat (95). Man kann hieraus ersehen, daß die Simile-Regel ein nützliches Prinzip zur Auffindung der Heilkräfte darstellt.

Donner (83) hat in allgemeinen Betrachtungen über die klinische Nachprüfung der Homöotherapie die Erfahrungen aus seiner Zusammenarbeit mit den Berliner Universitätskliniken anschaulich zusammengefaßt. Er erwähnt dabei auch die wirtschaftlichen Fragen dieser Arbeiten und weist auf die Schwierigkeiten hin, vollbeschäftigte praktisch-homöopathische Ärzte für die stationäre, klinische Zusammenarbeit zu gewinnen.

Da das grundlegende homöopathische Erfahrungsgut aller vorstehenden Arbeiten auf Beobachtungen der homöopathischen Allgemeinpraktiker beruht, sollte man zu vergleichenden therapeutischen Versuchen in erster Linie die Polikliniken ansetzen; denn diese sind dem Betrieb in den Allgemeinpraxen noch am ähnlichsten. Besonders gut würden sich Polikliniken

mit Besuchspraxis dazu eignen. Das Krankengut der Polikliniken entspricht auch vielmehr dem homöopathischen Aktionsradius, als das der stationären Kliniken (vgl. Donner) (83). Bevor man vergleichende Beobachtungen in gemeinsamer Arbeit eines klinischen Assistenten und eines homöopathischen Arztes anstellt, sollten beide etwa 4 Wochen mit dem einzigen Ziel zusammen arbeiten, daß sich der Kliniker mit dem homöopathischen Krankengut etwas vertraut macht und andererseits der homöopathische Arzt das Krankengut und die Arbeitsweise der betr. klinischen oder poliklinischen Abteilung kennen lernt, um mit genügend Ruhe die Auswahl der Fälle treffen zu können, die für vergleichende Therapie besonders geeignet sind. Zur Vervollständigung der Arbeit empfiehlt sich auch, vor jeder Versuchsreihe durch eine schriftliche Umfrage bei der homöopathischen Ärzteschaft sich einen Überblick über die durchschnittliche Mittelwahl und Dosierung für die betr. Fälle zu verschaffen.

Wichtig ist ferner die Frage nach den einzelnen Vergleichsmomenten, die als Faktor der Bewertung herangezogen werden sollen. Die wesentlichsten Vergleiche betreffen:

1. die Zeitdauer vom 1. Krankheitstag bis zum Aufstehen,
2. die Zeitdauer der Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit (besonders bei Polikliniken!),
3. die Besserung der einzelnen objektiven Symptome,
4. die Besserung der einzelnen subjektiven Symptome,
5. die Zahl und Schwere der Komplikationen,
6. die Mortalität.

Die hier aufgezählten klinischen Veröffentlichungen umfassen m. W. wohl alle deutschen vergleichenden Arbeiten bis jetzt und alle entsprechenden ausländischen Arbeiten bis 1939. Die Zahl weiterer rein homöopathischer Beobachtungen ist demgegenüber natürlich ungleich größer; doch sind diese Veröffentlichungen hier nicht berücksichtigt. Die meisten finden sich in der A. H. Z.

Es gibt demnach z. Zt. nur rund 20 klinische Vergleichsarbeiten in der Homöopathie, von denen etwa 13 einigermaßen positive und 7 negative Ergebnisse haben. Man sieht also, daß die Versuchsbasis noch viel zu schmal ist, um sich etwa ein Urteil über den Wert der Homöopathie vom klinischen Standpunkt aus bilden zu können. Gewiß könnte man aus der Tatsache, daß fast doppelt soviel positive wie negative Resultate erzielt wurden, folgern, daß damit bereits eine Entscheidung zugunsten der Homöopathie gefallen sei; aber so einfach liegen die Dinge doch nicht. Es wird auch nie eine generelle, sondern nur partielle Entscheidungen geben können. Es wird jedem klar sein, daß es hier noch jahrelanger Arbeit bedarf, um diesen umfassenden Fragenkomplex zum Nutzen der Gesamtmedizin zu durchforschen.

Die vorstehenden Ausführungen sollen der gemeinsamen Erforschung des homöopathischen Problems und damit dem Weiterbau der medizinischen Wissenschaft dienen.

Anshr. d. Verf.: Leipzig C 1, Ferd.-Lassalle-Straße 6.

Literatur

Abkürzungen:

Allgemeine Homöopath. Zeitung = Allg. Hom. Ztg. = A. H. Z.
 Deutsche Zeitschrift für Homöopathie = Dtsch. Ztschr. f. Homöop. = D. Z. f. H.
 Hippokrates = Hipp.
 Arzneimittellehre = AML.
 Arzneimittelbild = AMB.
 Arzneimittelprüfung = AMP.

1. H. Raabe, Die Bedeutung der Homöopathie, Hippokrates-Verlag, Stuttgart 1938; XII. Internat. Homöop. Kongreß.
2. H. Wapler, Gebührt den Individualisten oder den Wissenschaftlern die Führung in der Homöopathie? A. H. Z. 162, 134 (1914).
3. H. Schoeler, Compendium der wissenschaftlichen und praktischen Homöopathie. Verl. Dr. Willmar Schwabe, Leipzig 1940.
4. Sam. Hahnemann, Organon der Heilkunst, Dresden 1819 (ein Neudruck der 6. Auflage, Verl. Dr. Willmar Schwabe, Leipzig 1921).
5. Sam. Hahnemann, Reine Arzneimittellehre, 6 Teile. Dresden 1825—1830.
6. M. Wesselhoeft, Unsere Arzneiprüfungen, A. H. Z. 114, 113, 123, 131, 139 (1887).
7. H. Schoeler, Zur Frage des wissenschaftlichen Ausbaues der hom. AMP., A. H. Z. 184, 425 (1936).
8. H. Schoeler, Arzneiprüfungsbild von Acidum benzoicum. A. H. Z. 185, 1 (1937).
9. H. Schoeler, AMP. mit Phytolacca decandra. A. H. Z. 185, 149 (1937).
10. H. Schoeler, AMP. mit Apocynum cannabinum. A. H. Z. 185, 217 (1937).
11. H. Schoeler, Arzneiprüfungsbild von Nerium Oleander. A. H. Z. 186, 69 (1938).
12. H. Schoeler, AMP. von Graphit. A. H. Z. 186, 193 (1938).
13. H. Schoeler, AMP. von Cactus grandiflorus. A. H. Z. 186, 339 (1938).
14. H. Schoeler, AMP. von Hypericum perforatum. A. H. Z. 190, 165 (1942).
15. K. Stauffer, Klin. Homöop. AML., Regensburg 1926, Verl. J. Sonntag.
16. C. Heinigke, Handbuch der homöop. Arzneiwirkungslehre, Leipzig 1922. Verl. Dr. Willmar Schwabe.
17. W. A. Dewey, Katechismus der reinen Arzneiwirkungslehre. Leipzig 1929. Verl. Dr. Willmar Schwabe.
18. E. A. Farrington, Klinische AML. Leipzig 1931. Verl. Dr. Willmar Schwabe.
19. E. Abmann, Funktionelle Pathologie und Homöopathie. A. H. Z. 181, 27 (1933).
20. F. Donner, Über die Situation und die nächstliegenden Aufgaben der Homöopathie. A. H. Z. 180, 325 (1932).
21. G. Schimert, Programm der modernen Homöopathie. (in 1.) S. 37.
22. F. Donner, Zur Bedeutungsanalyse der Symptome. D. Z. f. H. 1938, 18, 40, 80, 110.
23. H. Ritter, Zur Lehrbarkeit der Homöopathie. D. Z. f. H. 1938, 182.
24. H. Schoeler, Grundsätzliches zum Verständnis der Homöopathie. Hipp. 1937, 755 und A. H. Z. 185, 433 (1937).
25. H. Schoeler, Die Bedeutung der obj. Symptomatologie f. d. homöop. AMP. in: Die Bedeutung der Homöopathie f. die ärztl. Praxis. H. Raabe, Hipp. Verl. Stuttgart 1938.
 H. Schoeler, The Significance of objective Symptomatology for the testing of homoeop. Remedies, The Brit. Hom. Journ. 28, 40 (1938).
 H. Schoeler, Examen de la matière médicale homoeopathique. L'Homoeopathie Française 1939, 129.
26. P. Martini, Über die homöop. AMP. am Geunden. Münch. med. Wschr. 1939, Nr. 19 und Arch. f. exp. Path. und Pharm. 191, 141—171 (1938).
27. H. Schoeler, Über die hom. AMP. am Gesunden (Entgegnung). Münch. med. Wschr. 1939, Nr. 27, 1045.
28. P. Martini, Schlußwort zu 26. und 27., Münch. med. Wschr. 1939 Nr. 27.
29. H. Schoeler, Stellungnahme zur Nachprüfung hom. AMB. an der Bonner Med. Univ. Klin. A. H. Z. 187, 14 (1939).
30. H. Ritter, Die Behandlung der Angina pectoris. A. H. Z. 183, 219 (1935).
31. E. Abmann, Homöop. AML., A. H. Z. 187, 96 (1939).
32. G. Schimert, Ist die Homöopath. wissenschaftl. diskutabel? A. H. Z. 187, 55 (1939).
33. M. Schlütz, Betrachtungen zur klin. Homöopathie. Hipp. 1937, H. 32, 793.
34. H. Geßler, Homöopathie und Einheitsmedizin. Hipp. 1937, H. 32, 780.
35. E. Haake, Klin. Erfahrung mit homöop. Behandlung. Hipp. 1939, H. 12, 275.
36. F. Donner, Zur Lösung der Hochpotenzfrage. A. H. Z. 183, 81 (1935).
37. E. Heintz, Physikal. Wirkungen hochverdünnter potenziierter Substanzen. Naturwissenschaften 1941, H. 48, 713 und H. Schoeler, Zur Frage der Hochpotenzen. A. H. Z. 190, 110 (1942), (vgl. auch Lit. 40).
38. G. O. Kleinert, Quellennachweis der physiol. AMP. Leipzig 1863, Verl. Otto Kurfürst.
39. Unseld, 100. Hauptversamml. des Dtsch. Zentral Vereins hom. Ä. 1939, Wiesbaden. Hipp. 1939, 662.

40. E. Heintz, Bemerkg. zu Lit. 37. Naturwissenschaften 1942, H. 41/42, 642.
41. H. Schoeler, Toxikologische Beiträge zur homöop. AMP. A. H. Z. 189, 131 (1941).
42. E. Aßmann, Homöop. AML. A. H. Z. 187, 96 (1939) und 188, 1 (1940).
43. F. Donner, Zum Aufbau einer neuen deutschen homöopath. AML. A. H. Z. 188, 11 (1940.)
44. R. Tischner, Geschichte der Homöopathie, Leipzig 1939, Verl. Dr. Willmar Schwabe.
45. K. Kötschau, Gesetz und Regel. A. H. Z. 180, 1 (1932).
46. H. Wapler, Betrachtung über das sogen. Ähnlichkeitsgesetz als heuristisches und das biol. Grundgesetz als ordnendes Prinzip in der Medizin. A. H. Z. 171, 14 (1923).
47. H. Wapler, Grundsätzliches zur Frage der Eingliederung d. Homöopathie in die Gegenwartsmedizin. A. H. Z. 187, 191 (1939).
48. J. Danielopulo, Die viscerographische Untersuchungsmethode. Physiol. et Path. génér. 1923/24. Presse médic. 1925, ferner unter Lit. 1.
49. S. Dietrich und G. Schimert, Zschft. f. klin. Med. 1939, Bd. 135.
50. R. Haehl, Samuel Hahnemann (große Biographie) Leipzig 1922. Verl. Dr. Willmar Schwabe.
51. L. Lewin, Die Nebenwirkungen der Arzneimittel. 1899, 421. Verl. H. Hirschwald, Berlin.
52. L. Lewin, Gifte und Vergiftungen. 1929, 742. Verlag Stille, Berlin.
53. H. Stiegele, Klin. Homöopathie. Hipp. Verl., Stuttgart 1941.
54. H. Neugebauer, Zur Wertbestimmung homöop. Zubereitungen von Apocynum cannabinum. A. H. Z. 186, 231 (1938).
55. H. Neugebauer, Betrachtungen zur Methodik der AMP. vom pharmaceut. und pharmakol. Standpunkt. Hipp. 1940, 330.
56. Meyer-Gottlieb, Experim. Pharmakologie. Verl. Urban-Schwarzenberg, Berlin-Wien 1936.
57. Poulsson, Lehrbuch der Pharmakol. Verl. Hirzel, Leipzig 1945.
58. Guttman, Chininfieber. A. H. Z. 184, 100 (1936).
59. H. Schoeler, Die homöop. AMP. Hipp. 1938, 1001.
60. F. Schömmmer, Bedeutung d. Homöop. f. d. Erkenntnis d. AM.-Wirkungen. D. Z. f. H. 1937, 265.
61. F. Schömmmer, Zeit und Arzneiwirkung. D. Z. f. H. 1938, 66.
62. Hugo Schulz, Studien über die Pharmakodynamik des Schwefels. Greiswald 1896.
63. Hugo Schulz, Zur Lehre von der Arzneiwirkung, Virchows Arch. 108, 1887; ders., Studien über die Wirkung des Chinins beim gesunden Menschen, Virchows Arch. 109, 1887.
64. F. Donner, Über vergleich. homöotherap. Untersuchungen bei Infektionskrankheiten. D. Z. f. H. 1942, 257.
65. C. Wesselhoeft-Donner, Homöopath. Behandlung des Scharlachs. A. H. Z. 176, 293 (1928).
66. J. Bergmann, Die Behandlung der schwertoxischen Diphtherie nach Hahnemann's Grundsätzen, Hipp. 1940, 1271.
67. T. Rall, Die Behandlung der Diphtherie, insbesondere der schwer toxischen Di mit Heilserum u. Mercur. cyanat. Hipp. 1940, 421.
68. F. O. Heß, Nützt uns die Homöopathie bei der Diphtheriebehandlung? Münch. med. Wschr. 1942, 13, 296 und 1943, 50/51, 716.
69. W. Schwarzhaupt, Entgegnung zu 68. D. Z. f. H. 1942, 150.
70. W. Schwarzhaupt, Der Wert homöopath. Mittel bei Diphth. D. Z. f. H. 1944, 86.
71. Kleinschmidt, Die Rolle des Antitoxins bei der Entstehung, dem Verlauf und der Heilung der Diphtheriekrankung. Dtsch. med. Wschr. 1934, 779.
72. R. Heinz, Moderne Pharmakol.-Arzneimittel mit indirekter Heilwirkung. Jahreskurse für ärztl. Fortbild. August 1919, und Münch. med. Wschr. 1920, Nr. 27, 771.
73. C. Wesselhoeft, Über die Beziehungen zwischen Mumps u. chron. Bleivergiftung. A. H. Z. 177, 432 (1929) und 178, 167 (1930).
74. Schilsky und Bayer, Vergleich der Keuchhustendauer bei allgem. u. bei homöopath. Behandlung. Hipp. 1941, H. 20, 545.
75. F. Donner, Über vergleich. therap. Untersuchungen (eine Mitteilung). D. Z. f. H. 1938, H. 10, 306.
76. E. Haake, Klin. Erfahr. m. homöop. Behandl. Hipp. 1939, 273, 695, 696.
77. v. Pein, Über die homöopath. Behandl. d. akuten Gelenkrheumatismus. Klin. Wschr. 1937, 620 und Therapie d. Gegenwart. 1938 21.
78. H. J. Richert, Vergleich zwischen der homöopath. und den übrigen Behandl.-Methoden d. Lungenentzündungen. A. H. Z. 188, 40, 78 (1940).
79. Spiethoff, Bericht über d. Tagung mitteldtsch. Dermatol. Dermatol. Wschr. 1925, Nr. 40.
80. G. Schimert jr., Experim. Unterbauung einer Kopfschmerztherapie. Dtsch. med. Wschr. 1940, Nr. 30 und A. H. Z. 188, 148 (1940).
81. M. O. Bruker, Die biolog. Behandl. chron. Ekzeme. Hipp. 1938, 729, 758.
82. J. Schier, Bericht über die bisher. Versuche mit homöop. Therapie an d. Frankf. Univ. Klinik. A. H. Z. 181, 175 (1933).
83. F. Donner, Zur klin. Überprüfung d. Homöopathie. D. Z. f. H. 1938, 238, 275.
84. H. Geßler, Über Homöopathie. Münch. med. Wschr. 1936, 653.
85. Hugo Schulz, Wirkung und Anwendung der unorganischen Arzneistoffe. Leipzig 1907, Verlag G. Thieme und Neuaufgabe: Verl. Karl F. Haug, Berlin (3. Auflage).
86. H. Wapler, Die Eingliederung d. Homöop. in die Gesamtmedizin. A. H. Z. 179, 1 (1931).
87. F. Donner, Vier Vorlesungen der Homöotherapie. A. H. Z. 182, 109, 166, 218, 224 (1934).
88. August Bier, Wie sollen wir uns zur Homöopathie stellen? Münch. med. Wschr. 1925, 713.
89. August Bier, Homöopathie und harmon. Ordnung der Heilkunde. München-Berlin 1939. Verlag J. F. Lehmann.

90. A. Stiegele, Klin. Homöopathie. Stuttgart 1941. Hipp. Verl.
91. F. Wurmb, Beiträge zu einem physiol. Umbau der Hahnemann'schen AML., Österr. Zschr. f. Homöop., Wien 1844—48 und AMP. von Schwefel in Zschft. d. homöop. Ärzte Österr. 1857, Bd. 1 und 2.
92. G. Schimert jr., Die Behandlung des Asthma bronchiale mit minimalen Kupferdosen. Dtsch. med. Wschr. 1940, Nr. 5, 124.
93. K. Halter, Einfluß kleinster Thalliumdosen auf die Haarregeneration bei Alopecia areata. Dermatol. Wschr. 114, 29 (1942).
94. K. Halter, Homöopath. Thalliumbehandlung bei Alopecia areata. Hipp. 1944, H. 13/14, 151.
95. H. Schoeler, Homöopath. Behandlung des Haarausfalls. A. H. Z. 188, 115 (1940).

Die wichtigsten Quellenwerke der Homöopathie.

- G. O. Kleinert, Quellennachweis der physiol. AMP., Leipzig 1865. Verlag Otto Kurfürst.
- F. Donner, Quellenverzeichnis der Arzneiprüfungen von 800 der wichtigsten homöop. Heilmittel. Berlin-Leipzig 1937.
- T. L. Bradford, Index of Homoeopathic Provings. Philadelphia 1901. Verl. Boericke and Tafel.
- R. Hughes, Cyclopaedia of Drug Pathogenesy. London—New-York 1887—1900. Verlag Boericke and Tafel.
- T. F. Allen, Encyclopedia of Pure Materia Medica. New-York—Philadelphia 1874—1880.
- H. Schoeler, Kompendium der wissenschaftlichen und praktischen Homöopathie. Verlag Dr. W. Schwabe, Leipzig 1946.
- F. Donner, Zwölf Vorlesungen über Homöopathie. Verlag Karl F. Haug, Berlin. Saulgau 1948.



ARZNEIMITTEL

Dr. Willmar Schwabe

SIND IN ALLEN VIER ZONEN ERHÄLTlich

HERSTELLUNG
UND VERTRIEB IN DEN
WESTZONEN

Dr. Willmar Schwabe G.m.b.H.

KARLSRUHE

MÜNCHEN - KREFELD - UERDINGEN - HAMBURG



Dr. Wilh. Schreiber

